

Jahresauswertung 2020 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 18
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.161
Datensatzversion: apo_hh 2020 5.1
Datenbankstand: 02. Februar 2021
2020 - D18525-L118675-P55451

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 2020 im I. - IV. 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 2019 im I. - IV. Quartal stationär entlassen wurden.

Durch die Umstellung der Abgrenzung der Datensätze von Aufnahme- auf Entlassdatum im Jahr 2020 sind die Vorjahresdaten dieser Auswertung mit den Ergebnissen der Auswertung 2019 eingeschränkt vergleichbar.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2020/apo_hh/83284 QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			92,6%	>= 80,0%	7
2020/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			92,5%	>= 80,0%	9
2020/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,1%	>= 90,0%	11
2020/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			91,5%	>= 80,0%	13
2020/apo_hh/83292 QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA			98,3%	>= 95,0%	15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Krankenhaussterblichkeit					
2020/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2020/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			1,7%	<= 4,0%	17
2020/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			3,2%	<= 25,0%	17
2020/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			90,6%	>= 80,0%	22
QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden					
2020/apo_hh/103490			68,2%	>= 65,0%	24
2020/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹			63,6%	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					
2020/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			44,9%	>= 42,0%	29
2020/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			84,9%	>= 80,0%	29
2020/apo_hh/151296					
QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie					
			78,4%	>= 63,0%	33
2020/apo_hh/151297					
QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie					
			31,0%	nicht definiert	35
2020/apo_hh/83372					
QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			47,1%	>= 45,0%	37

Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2020/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			28,0%	-	44
2020/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			21,0%	-	45
2020/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			183,0 Min.	-	46
2020/apo_hh/154383 Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik			1,1%	-	47
2020/apo_hh/154384 Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt			32,9%	-	48

Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Indikator-ID: 2020/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.201 / 2.377	92,6%
				91,5% - 93,6%
		>= 80,0%		>= 80,0%

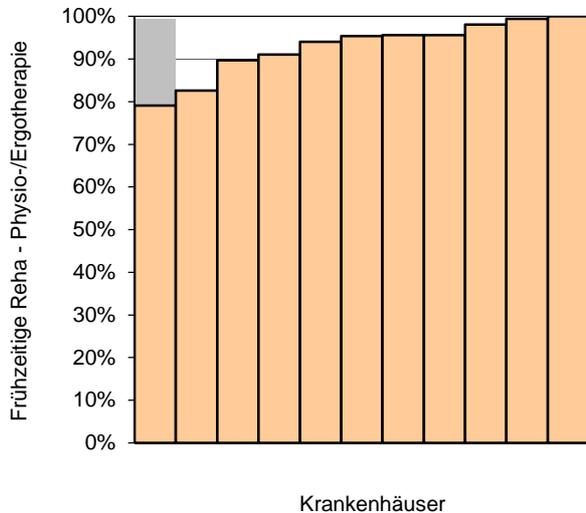
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			2.130 / 2.328	91,5%
				90,3% - 92,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2020/apo_hh/83284]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

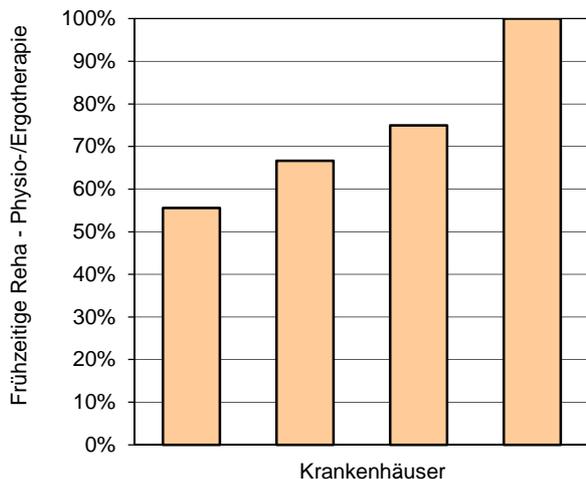
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,1	79,1	82,6	89,7	95,4	98,1	99,4	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
	55,6	55,6	55,6	61,1	70,8	87,5	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

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

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

Indikator-ID: 2020/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.398 / 2.593	92,5% 91,4% - 93,5% >= 80,0%

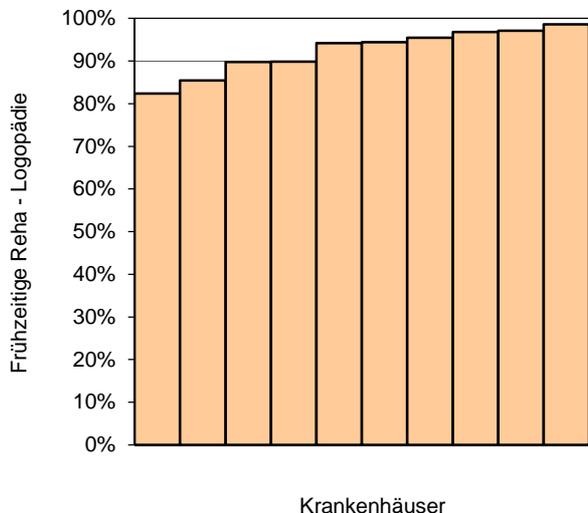
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			2.423 / 2.653	91,3% 90,2% - 92,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2020/apo_hh/83285]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

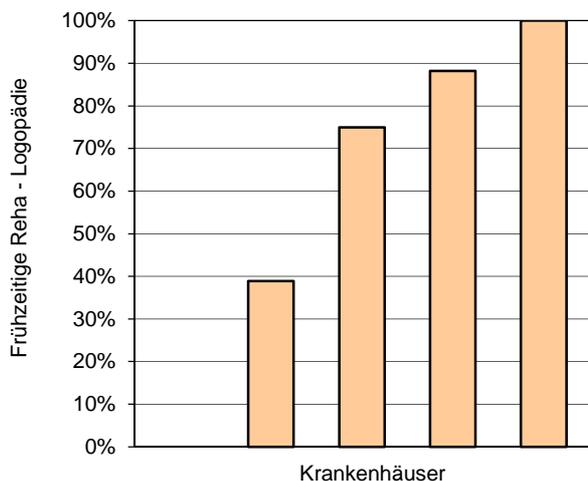
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,4	82,4	83,9	89,8	94,3	96,9	97,9	98,6	98,6

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	38,9	75,0	88,2	100,0	100,0	100,0

3 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: 2020/apo_hh/83287

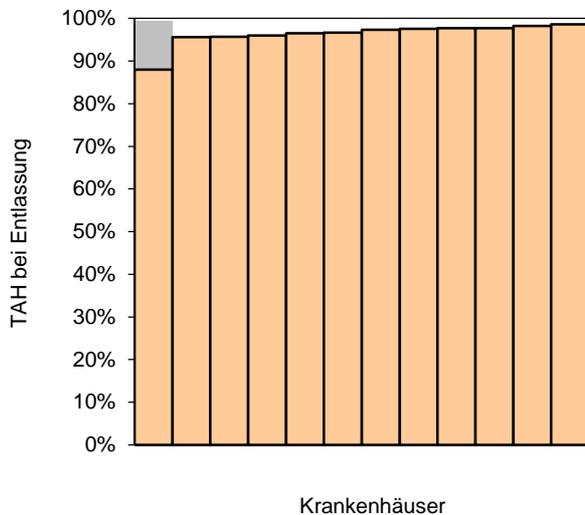
Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.303 / 5.463	97,1%
Vertrauensbereich				96,6% - 97,5%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.495 / 5.671	96,9%
Vertrauensbereich				96,4% - 97,3%

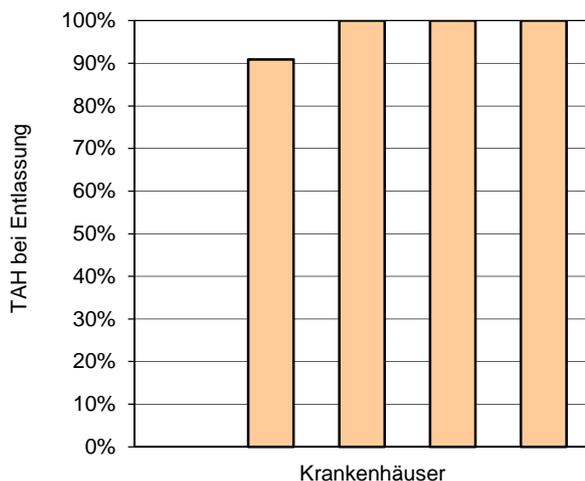
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2020/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,0	88,0	95,7	95,8	97,0	97,7	98,2	98,6	98,6

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	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Indikator-ID: 2020/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.304 / 1.425	91,5%
Vertrauensbereich				89,9% - 92,9%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

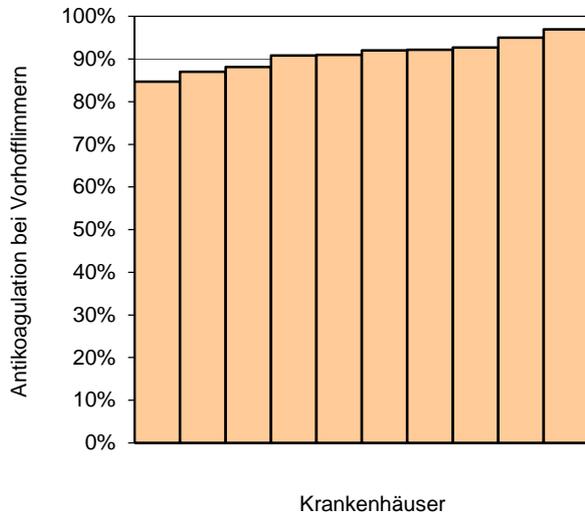
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.357 / 1.494	90,8%
Vertrauensbereich				89,3% - 92,2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2020/apo_hh/83288]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,7	84,7	85,9	88,1	91,5	92,7	96,0	97,0	97,0

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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Indikator-ID: 2020/apo_hh/83292

Referenzbereich: $\geq 95,0\%$

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			7.824 / 7.962	98,3% 98,0% - 98,5% $\geq 95,0\%$

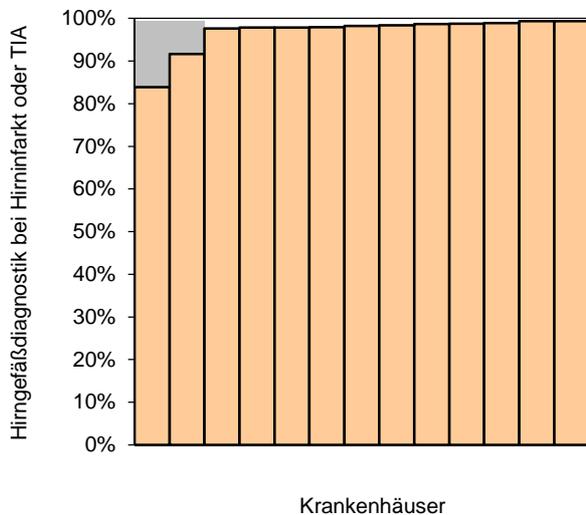
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			8.102 / 8.212	98,7% 98,4% - 98,9%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2020/apo_hh/83292]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

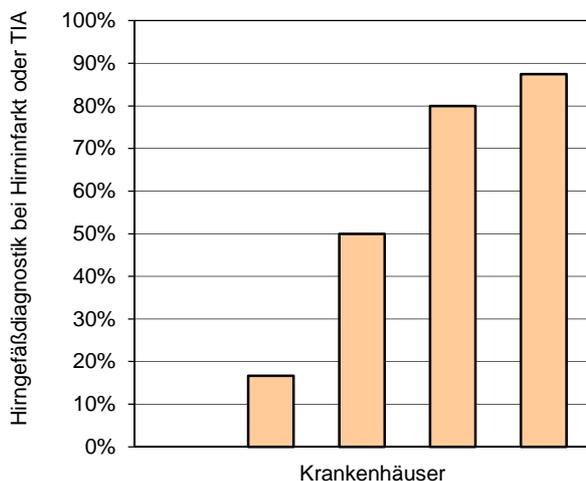
13 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,9	83,9	91,7	97,9	98,2	98,8	99,3	99,4	99,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	16,7	50,0	80,0	87,5	87,5	87,5

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

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

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

Indikator-ID:
 Gruppe 1: 2020/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2020/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2020/apo_hh/83386

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

	Krankenhaus 2020		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich Referenzbereich	 <= 0,5%	 <= 4,0%	 <= 25,0%

	Gesamt 2020		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 2.267 0,0% 0,0% - 0,2% <= 0,5%	98 / 5.695 1,7% 1,4% - 2,1% <= 4,0%	22 / 678 3,2% 2,0% - 4,9% <= 25,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich			
Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	4 / 2.488 0,2% 0,0% - 0,4%	59 / 5.724 1,0% 0,8% - 1,3%	31 / 700 4,4% 3,0% - 6,2%

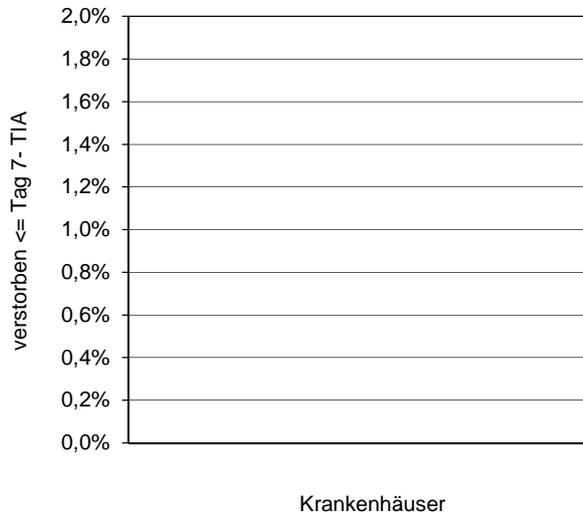
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2020/apo_hh/83293]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

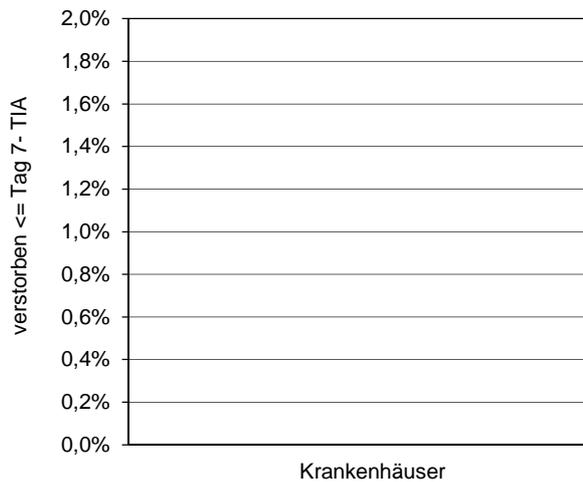
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

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

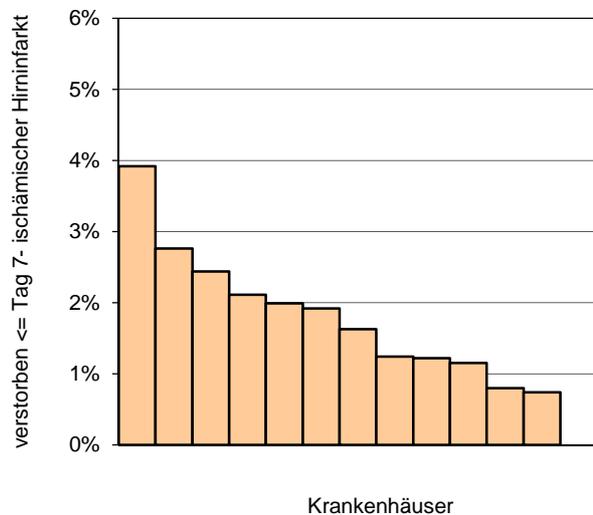
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2020/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:

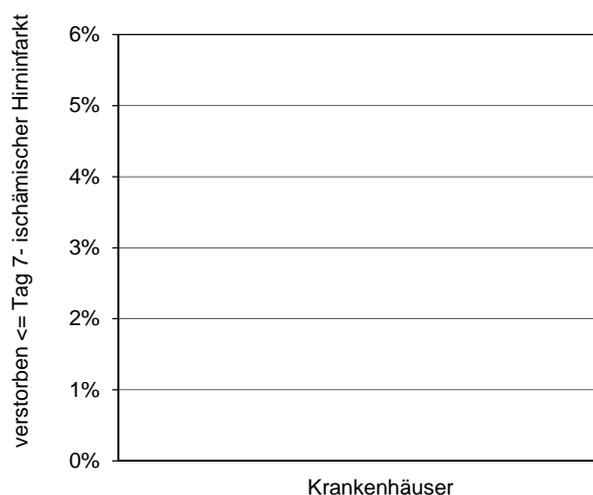
13 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,7	1,2	1,6	2,1	2,8	3,9	3,9

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

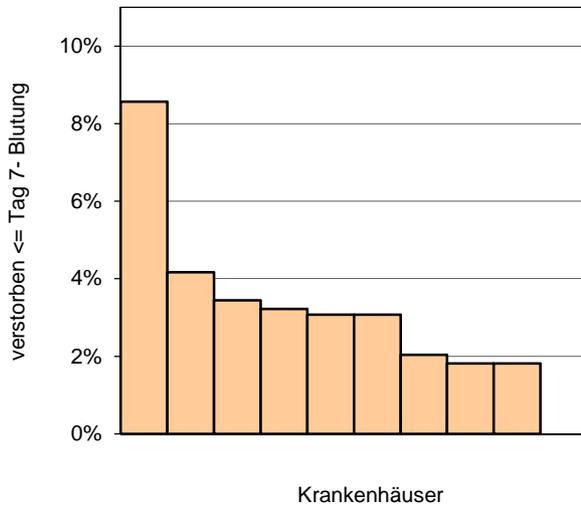
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2020/apo_hh/83386]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

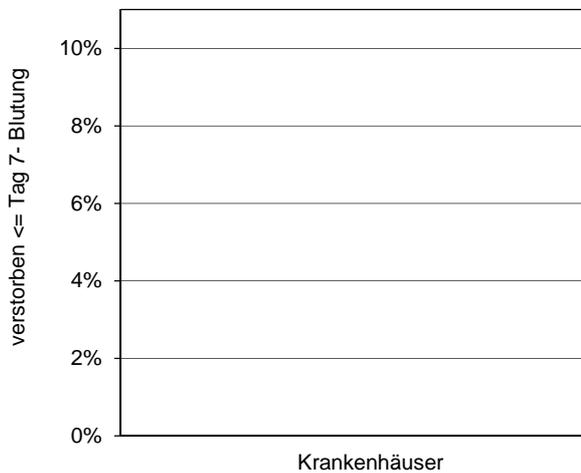
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,9	1,8	3,1	3,4	6,4	8,6	8,6

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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

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

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

Indikator-ID: 2020/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.782 / 5.279	90,6%
Vertrauensbereich				89,8% - 91,4%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

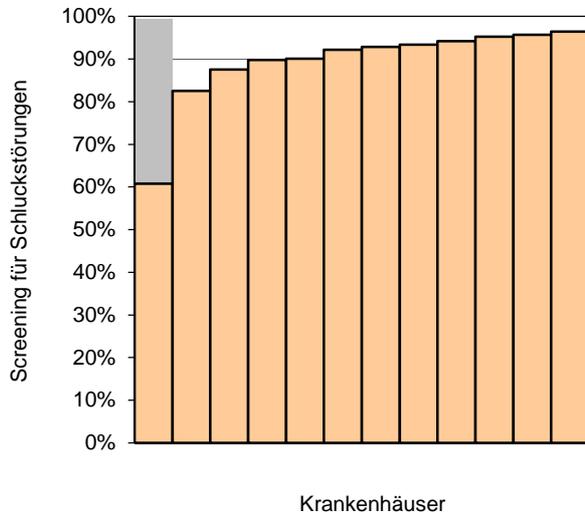
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.806 / 5.373	89,4%
Vertrauensbereich				88,6% - 90,3%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2020/apo_hh/83294]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

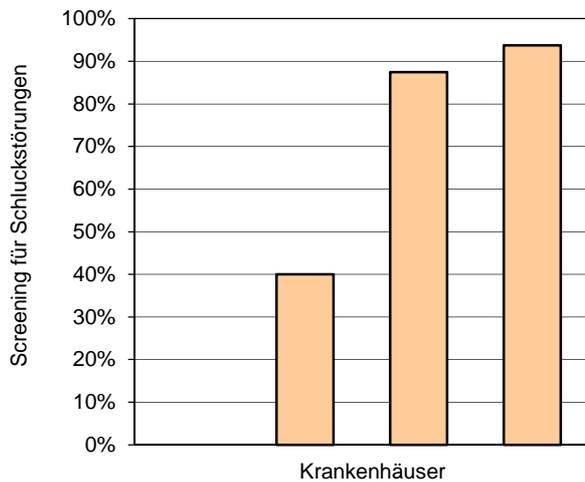
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,8	60,8	82,6	88,7	92,5	94,7	95,7	96,4	96,4

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	20,0	63,8	90,6	93,8	93,8	93,8

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

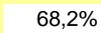
Qualitätsindikator 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 6 Stunden

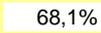
Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung

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

Indikator-ID: 2020/apo_hh/103490

Referenzbereich: >= 65,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			1.361 / 1.996	
Vertrauensbereich				66,1% - 70,2%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			1.408 / 2.069	
Vertrauensbereich				66,0% - 70,1%

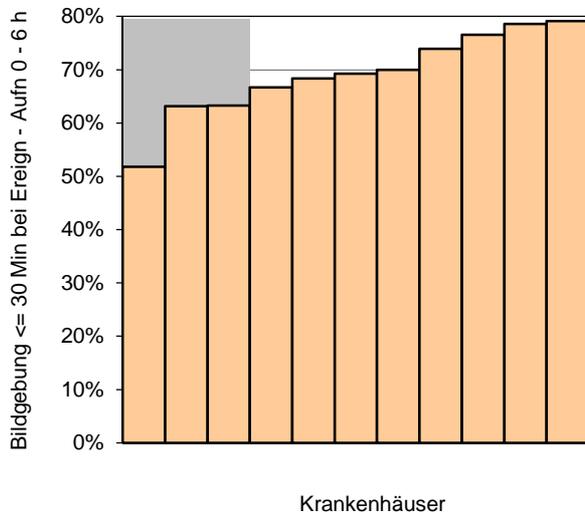
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			230 / 1.996	11,5%
> 1 bis 3 Stunden			168 / 1.996	8,4%
> 3 bis 6 Stunden			42 / 1.996	2,1%
> 6 Stunden			53 / 1.996	2,7%
1. Bildgebung vor Aufnahme			138 / 1.996	6,9%
keine Bildgebung erfolgt			4 / 1.996	0,2%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2020/apo_hh/103490]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

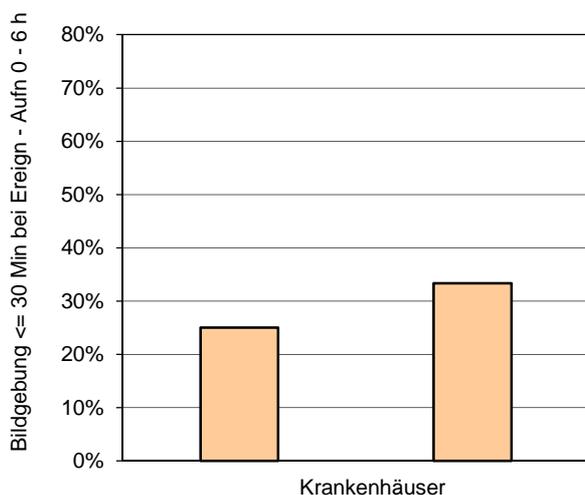
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	51,8	51,8	63,1	63,3	69,3	76,6	78,6	79,1	79,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0	25,0	25,0	25,0	29,2	33,3	33,3	33,3	33,3

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: 2020/apo_hh/83311

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

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019 ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			677 / 981	69,0%
Vertrauensbereich				66,0% - 71,9%

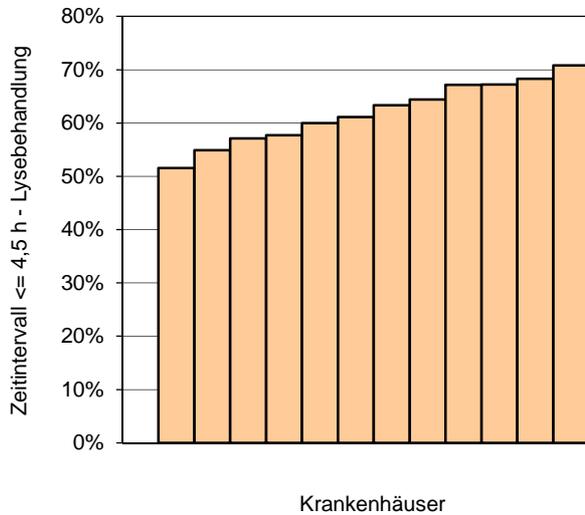
¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 2020/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:

13 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	51,6	57,1	61,1	67,2	68,3	70,8	70,8

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
Grundgesamtheit:	Alle Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2020/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2020/apo_hh/103509
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 42,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			430 / 957	44,9%
Vertrauensbereich				41,7% - 48,1%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			824 / 971	84,9%
Vertrauensbereich				82,4% - 87,1%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			491 / 1.008	48,7%
Vertrauensbereich				45,6% - 51,8%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			891 / 1.036	86,0%
Vertrauensbereich				83,7% - 88,1%

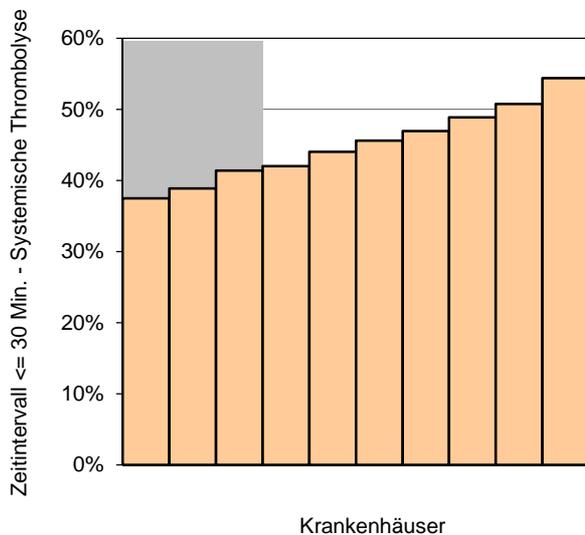
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			388 / 971	40,0%
> 1 - 2 Stunden			86 / 971	8,9%
> 2 - 3 Stunden			19 / 971	2,0%
> 3 - 4 Stunden			8 / 971	0,8%
> 4 - 6 Stunden			7 / 971	0,7%
> 6 Stunden			27 / 971	2,8%
keine Lyse durchgeführt			0 / 971	0,0%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2020/apo_hh/103508]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

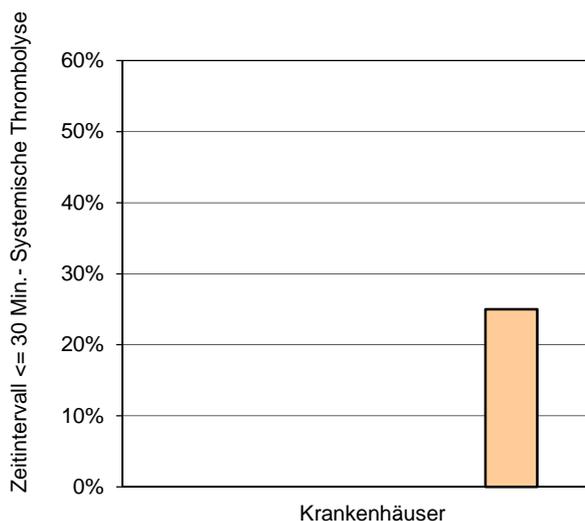
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,5	37,5	38,2	41,4	44,8	48,9	52,6	54,4	54,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

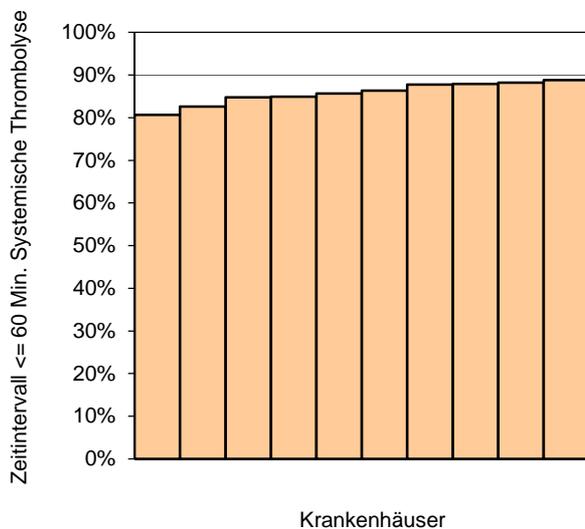
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2020/apo_hh/103509]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

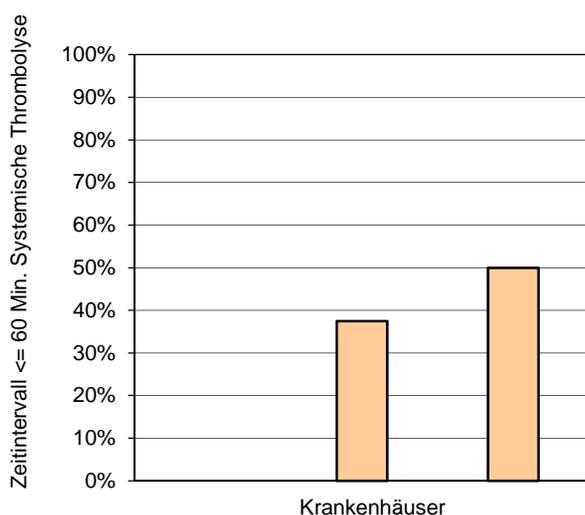
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,7	80,7	81,7	84,7	86,0	87,9	88,5	88,8	88,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	37,5	50,0	50,0	50,0	50,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit Rekanalisation nach Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2020/apo_hh/151296

Referenzbereich: $\geq 63,0\%$

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			451 / 575	78,4%
Vertrauensbereich				74,8% - 81,7%
Referenzbereich		$\geq 63,0\%$		$\geq 63,0\%$

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			391 / 497	78,7%
Vertrauensbereich				74,8% - 82,2%

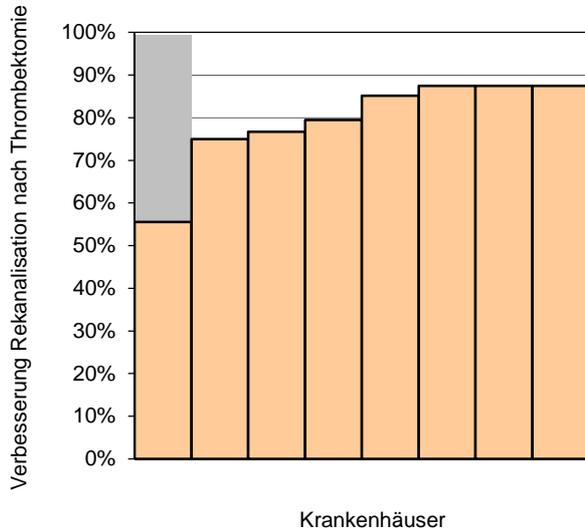
¹ Da für die Auswertung 2019 lediglich die Daten der Quartale III und IV zur Berechnung dieses Qualitätsindikators verwendet wurden, sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2020/apo_hh/151296]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

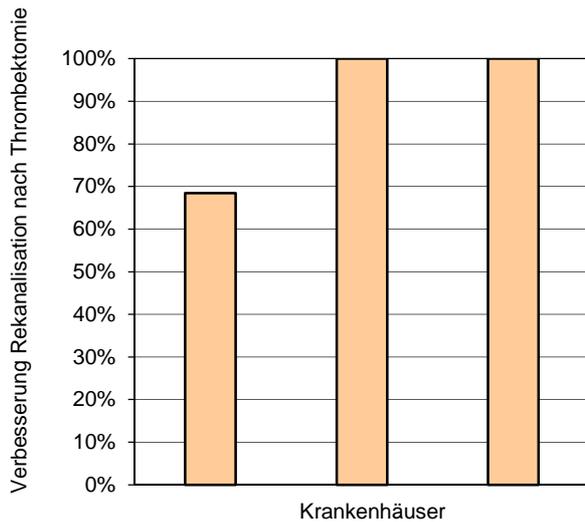
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,6	55,6	55,6	75,9	82,3	87,5	87,5	87,5	87,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,4	68,4	68,4	68,4	100,0	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: 2020/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			178 / 575	31,0%
Vertrauensbereich				27,2% - 34,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			172 / 497	34,6%
Vertrauensbereich				30,4% - 39,0%

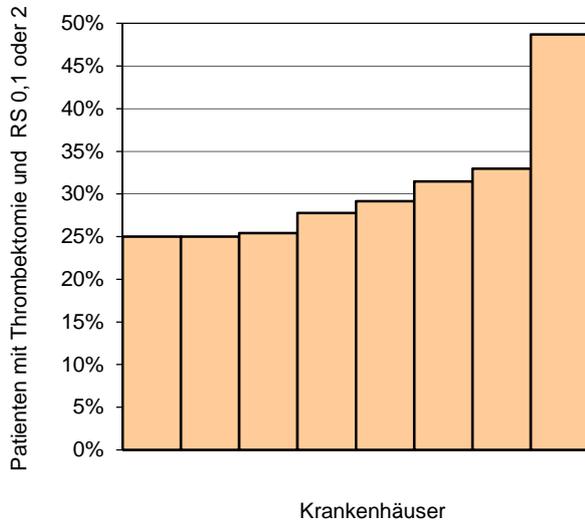
¹ Da für die Auswertung 2019 lediglich die Daten der Quartale III und IV zur Berechnung dieses Qualitätsindikators verwendet wurden, sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2020/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:

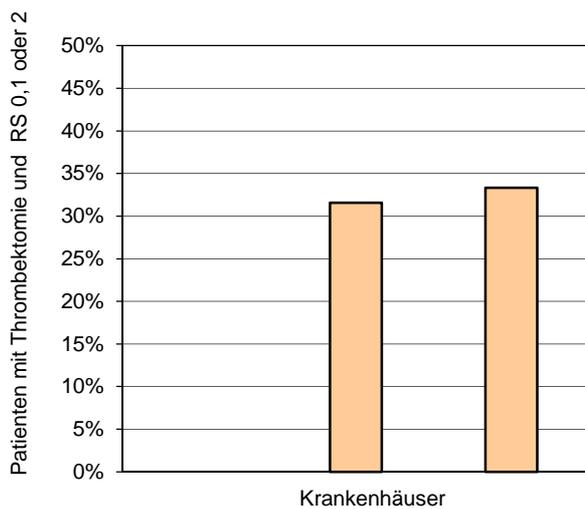
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0	25,0	25,0	25,2	28,5	32,2	48,7	48,7	48,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	31,6	33,3	33,3	33,3	33,3

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: 2020/apo_hh/83372

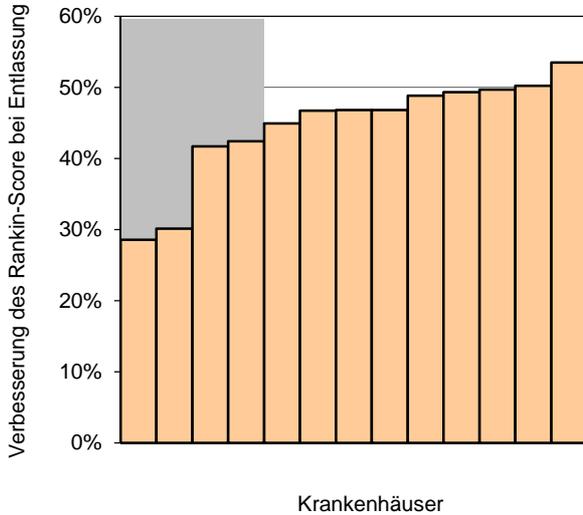
Referenzbereich: $\geq 45,0\%$

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.071 / 8.640	 47,1%
Vertrauensbereich			46,1% - 48,2%
Referenzbereich	$\geq 45,0\%$		$\geq 45,0\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.286 / 8.912	 48,1%
Vertrauensbereich			47,1% - 49,1%

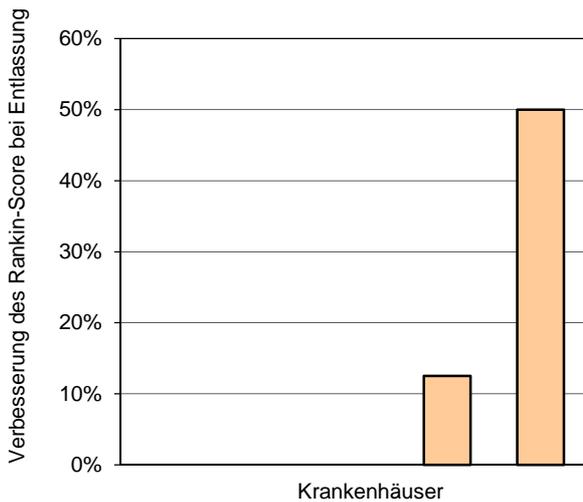
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2020/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	28,6	28,6	30,1	42,4	46,8	49,3	50,2	53,5	53,5

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	0,0	0,0	12,5	50,0	50,0	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2020

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

Gesamt 2020

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
Rankin bei Aufnahme						
0 keine Symptome	1.473 17,0%	739 8,6%	469 5,4%	248 2,9%	96 1,1%	37 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	62 0,7%	525 6,1%	611 7,1%	322 3,7%	93 1,1%	46 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	19 0,2%	53 0,6%	480 5,6%	481 5,6%	146 1,7%	103 1,2%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	12 0,1%	22 0,3%	64 0,7%	361 4,2%	290 3,4%	135 1,6%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	7 0,1%	11 0,1%	24 0,3%	58 0,7%	256 3,0%	255 3,0%
5 schwere Funktionseinschränkung	7 0,1%	5 0,1%	15 0,2%	31 0,4%	49 0,6%	398 4,6%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Rankin bei Entlassung						

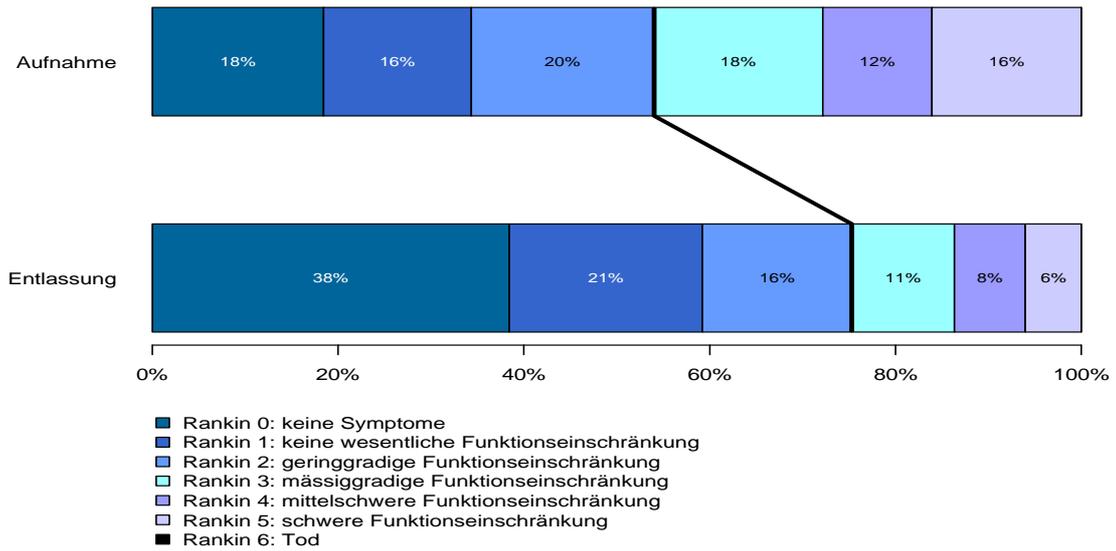
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2019**

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

**Vorjahresdaten
Gesamt 2019**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
Rankin bei Aufnahme						
0 keine Symptome	1.603 18,0%	841 9,4%	592 6,6%	254 2,9%	93 1,0%	41 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	64 0,7%	544 6,1%	703 7,9%	292 3,3%	99 1,1%	42 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	19 0,2%	43 0,5%	508 5,7%	494 5,5%	152 1,7%	69 0,8%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	7 0,1%	16 0,2%	55 0,6%	369 4,1%	301 3,4%	86 1,0%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	6 0,1%	7 0,1%	27 0,3%	63 0,7%	255 2,9%	227 2,5%
5 schwere Funktionseinschränkung	2 0,0%	3 0,0%	3 0,0%	26 0,3%	49 0,5%	362 4,1%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Rankin bei Entlassung						

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: 2020/apo_hh/83295

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			1.907 / 8.640	22,1%
> 2 - <= 3 Stunden			512 / 8.640	5,9%
> 3 - <= 6 Stunden			646 / 8.640	7,5%
> 6 - <= 24 Stunden			723 / 8.640	8,4%
> 24 - <= 48 Stunden			252 / 8.640	2,9%
> 48 Stunden			366 / 8.640	4,2%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			2.419 / 8.640	28,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			2.600 / 8.912	29,2%

¹ Da für die Auswertung 2019 lediglich die Daten der Quartale III und IV zur Berechnung dieses Qualitätsindikators verwendet wurden, sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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

Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Kennzahl-ID: 2020/apo_hh/151304

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			23 / 575	4,0%
> 30 - <= 60 Minuten			98 / 575	17,0%
> 60 - <= 90 Minuten			181 / 575	31,5%
> 90 - <= 120 Minuten			140 / 575	24,3%
> 120 - <= 180 Minuten			77 / 575	13,4%
> 180 Minuten			56 / 575	9,7%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			121 / 575	21,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			110 / 497	22,1%

¹ Da für die Auswertung 2019 lediglich die Daten der Quartale III und IV zur Berechnung dieses Qualitätsindikators verwendet wurden, sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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: 2020/apo_hh/151311

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			52 / 8.640	0,6%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			6 / 52	11,5%
> 2 - <= 3 Stunden			4 / 52	7,7%
> 3 - <= 6 Stunden			2 / 52	3,8%
> 6 - <= 24 Stunden			5 / 52	9,6%
> 24 - <= 48 Stunden			4 / 52	7,7%
> 48 Stunden			2 / 52	3,8%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				183,0 Min.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				263,0 Min.

¹ Da für die Auswertung 2019 lediglich die Daten der Quartale III und IV zur Berechnung dieses Qualitätsindikators verwendet wurden, sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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: 2020/apo_hh/154383

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			11 / 1.025	1,1%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			31 / 1.064	2,9%

¹ Informationsgewinn über die Organisation der Schlaganfallversorgung in der Region.

² Da für die Auswertung 2019 lediglich die Daten der Quartale III und IV zur Berechnung dieses Qualitätsindikators verwendet wurden, sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

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: 2020/apo_hh/154384

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			337 / 1.025	32,9%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			345 / 1.064	32,4%

¹ Da für die Auswertung 2019 lediglich die Daten der Quartale III und IV zur Berechnung dieses Qualitätsindikators verwendet wurden, sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Basisdaten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.606	25,6	2.500	23,4
2. Quartal			2.388	23,5	2.765	25,9
3. Quartal			2.619	25,8	2.698	25,3
4. Quartal			2.548	25,1	2.709	25,4
Gesamt			10.161		10.672	

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

Patienten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			8.121		8.561	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			4.203	51,8	4.386	51,2
weiblich			3.917	48,2	4.175	48,8
divers ¹			1	0,0	-	-
unbestimmt ¹			0	0,0	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2020

Aufnahme

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			8.069 / 10.161	79,4	8.501 / 10.672	79,7
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			518 / 10.161	5,1	351 / 10.672	3,3
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			37 / 10.161	0,4	30 / 10.672	0,3
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			15 / 10.161	0,1	30 / 10.672	0,3
nein, keine stationäre Aufnahme			1.522 / 10.161	15,0	1.760 / 10.672	16,5
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			6.553	75,8	6.848	76,8
Sonnabend oder Sonntag			2.087	24,2	2.064	23,2
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			2.748	31,8	2.939	33,0
nein			5.629	65,2	5.738	64,4
nicht bestimmbar			263	3,0	235	2,6
Sprachstörung						
ja			2.043	23,6	1.963	22,0
nein			6.367	73,7	6.744	75,7
nicht bestimmbar			230	2,7	205	2,3
Motorische Ausfälle						
ja			3.838	44,4	3.914	43,9
nein			4.668	54,0	4.890	54,9
nicht bestimmbar			134	1,6	108	1,2
Schluckstörung						
ja			1.287	14,9	1.187	13,3
nein			6.828	79,0	7.207	80,9
nicht bestimmbar			525	6,1	518	5,8
Bewusstseinsstörung						
ja			867	10,0	864	9,7
nein			7.723	89,4	8.012	89,9
nicht bestimmbar			50	0,6	36	0,4

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			4.762	55,1	4.878	54,7
nein			3.878	44,9	4.034	45,3
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			1.163	24,4	1.369	28,1
> 1 - <= 2 Stunden			1.024	21,5	1.088	22,3
> 2 - <= 3 Stunden			512	10,8	456	9,3
> 3 - <= 3,5 Stunden			152	3,2	168	3,4
> 3,5 - <= 4 Stunden			148	3,1	134	2,7
> 4 - <= 6 Stunden			346	7,3	318	6,5
> 6 - <= 24 Stunden			723	15,2	727	14,9
> 24 - <= 48 Stunden			251	5,3	253	5,2
> 48 Stunden			366	7,7	362	7,4
wake up stroke						
ja			1.210	31,2	1.185	29,4
nein			2.668	68,8	2.849	70,6

Diagnostik

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			40	0,5	63	0,7
1. Bildgebung extern			640	7,4	508	5,7
1. Bildgebung intern			7.960	92,1	8.341	93,6
wenn 1. Bildgebung intern,						
Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			3.884	48,8	4.271	51,2
CCT mit CTA			3.728	46,8	3.676	44,1
MRT			137	1,7	181	2,2
MRT mit MRA			211	2,7	213	2,6
Gefäßverschluss						
ja			1.338	15,5	1.211	13,6
nein			7.302	84,5	7.701	86,4
Thrombektomie						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			551	95,8	465	93,6
nein			24	4,2	18	3,6
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
Art des Gefäßverschlusses						
Carotis T			107	19,4	85	18,0
M1			269	48,7	251	53,1
M2			107	19,4	75	15,9
Basilaris			37	6,7	30	6,3
Sonstige			32	5,8	32	6,8
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			451	81,7	390	82,5
nein			101	18,3	83	17,5
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar da Verlegung			96	1,1	116	1,3
<= 24 Stunden			3.644	42,2	3.713	41,7
> 24 Stunden			4.900	56,7	5.083	57,0

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnersorgenden Gefäße						
extrakraniell			7.901	92,0	8.241	93,1
Intrakraniell			7.858	91,5	8.162	92,2
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt						
ja			7.471	87,0	7.465	84,3
nein			1.003	11,7	1.266	14,3
nicht durchführbar			113	1,3	121	1,4
Vorhofflimmern¹			2.337	27,2	2.395	27,1
Komplikationen - Pneumonie						
nein			7.885	91,8	8.239	93,1
ja			702	8,2	613	6,9
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis						
nein			8.286	96,5	8.552	96,6
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			124	1,4	133	1,5
Stenting im Verlauf			89	1,0	87	1,0
TEA			88	1,0	80	0,9

Diagnose(n) ICD-10-GM 2020¹

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.695	65,9	5.724	64,2
TIA			2.267	26,2	2.488	27,9
ICB			678	7,8	700	7,9
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			1.595	18,5	1.718	19,3
Rankin 1			1.371	15,9	1.467	16,5
Rankin 2			1.701	19,7	1.920	21,5
Rankin 3			1.568	18,1	1.547	17,4
Rankin 4			1.016	11,8	1.023	11,5
Rankin 5			1.389	16,1	1.237	13,9
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			3.060	38,4	3.422	41,3
Rankin 1			1.655	20,8	1.744	21,0
Rankin 2			1.280	16,1	1.282	15,5
Rankin 3			878	11,0	831	10,0
Rankin 4			608	7,6	578	7,0
Rankin 5			481	6,0	432	5,2

Rehabilitation

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.833	79,6	6.685	75,5
> Tag 2 nach Aufnahme			293	3,4	341	3,9
keine			1.461	17,0	1.826	20,6
Beginn Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.547	76,2	6.245	70,5
> Tag 2 nach Aufnahme			233	2,7	289	3,3
keine			1.807	21,0	2.318	26,2

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			2.233	26,0	2.297	25,9
Thrombozyten- aggregationshemmer			6.168	71,8	6.380	72,1
Antihypertensiva			6.801	79,2	7.007	79,2
Antidiabetika			1.474	17,2	1.516	17,1
Statine			7.315	85,2	7.269	82,1

Entlassung

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart						
nach Hause			5.019	58,4	5.334	60,3
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			2.130	24,8	2.128	24,0
andere Abteilung			275	3,2	256	2,9
externe Akut-Klinik			115	1,3	91	1,0
Pflegeeinrichtung			538	6,3	571	6,5
verstorben			510	5,9	472	5,3
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik						
zur Thrombektomie			17	14,8	6	6,5
zur Desobliteration der A. carotis			19	16,5	17	18,5
zur Hemikraniektomie			11	9,6	11	12,0
aus anderen Gründen			68	59,1	58	63,0
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			299	58,6	330	69,9
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			211	41,4	142	30,1
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			8.640	100,0	8.912	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>8,2 Tage</i>		<i>7,7 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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie¹						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			7.189	83,7	7.486	84,6
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			84	1,0	78	0,9
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			738	8,6	791	8,9
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			123	1,4	91	1,0
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			218	2,5	215	2,4
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			234	2,7	190	2,1
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			347	36,1	405	40,9
> 30 - <= 60 Minuten			311	32,4	323	32,6
> 1 - <= 2 Stunden			83	8,6	85	8,6
> 2 - <=3 Stunden			16	1,7	12	1,2
> 3 - <=4 Stunden			8	0,8	7	0,7
> 4 - <= 6 Stunden			7	0,7	2	0,2
> 6 Stunden			188	19,6	156	15,8
keine Lyse durchgeführt			7.189	83,7	7.486	84,6
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			3.615	41,8	3.497	39,2
> 30 - <= 60 Minuten			1.263	14,6	1.324	14,9
> 1 - <= 3 Stunden			1.797	20,8	1.987	22,3
> 3 - <= 6 Stunden			747	8,6	874	9,8
> 6 Stunden			529	6,1	657	7,4
1. Bildgebung vor Aufnahme			640	7,4	508	5,7
keine Bildgebung erfolgt			40	0,5	63	0,7
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			4.513	56,7	4.834	58,3
3 - 8 (mittel)			2.296	28,8	2.287	27,6
9 - 20 (schwerwiegend)			953	12,0	1.011	12,2
> 20 (sehr schwerwiegend)			150	1,9	119	1,4
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			7.315	84,7	7.269	81,6
Antihypertensiva			6.801	78,7	7.007	78,6
Antidiabetika			1.474	17,1	1.516	17,0
keine Angabe			53	0,6	59	0,7
Versorgungssituation vor Akutereignis						
unabhängig zu Hause			7.120	82,4	7.421	83,3
Pflege zu Hause			761	8,8	675	7,6
Pflege in Institution			758	8,8	816	9,2
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 2020.

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 2020 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2019 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 2019 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2020 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.

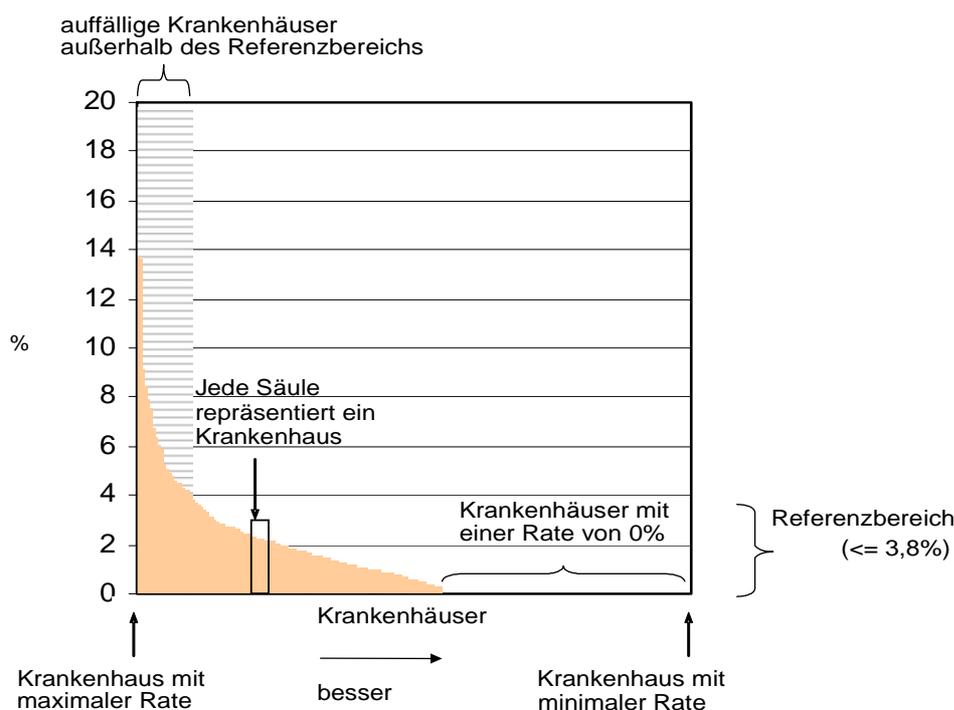
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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