

# Auswertung 2. Quartal 2023 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 16  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.372  
Datensatzversion: apo\_hh 2023 5.1  
Datenbankstand: 01. August 2023  
2023 - D18754-L121246-P56189

**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 2023 im II. Quartal stationär entlassen wurden.

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2023/apo_hh/83284 <b>QI 1: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			93,3%	>= 80,0%	7
2023/apo_hh/83285 <b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			93,7%	>= 80,0%	9
2023/apo_hh/83287 <b>QI 3: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,0%	>= 90,0%	11
2023/apo_hh/83288 <b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			92,2%	>= 80,0%	13
2023/apo_hh/83292 <b>QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA</b>			99,3%	>= 95,0%	15

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 6: Krankenhaussterblichkeit</b>					
2023/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,2%	<= 0,5%	17
2023/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			1,9%	<= 4,0%	17
2023/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			3,7%	<= 25,0%	17
2023/apo_hh/83294 <b>QI 7: Screening für Schluckstörungen</b>			92,1%	>= 80,0%	22
<b>QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden</b>					
2023/apo_hh/103490			72,9%	>= 65,0%	24
2023/apo_hh/83311 <b>QI 9: Thrombolyserate<sup>1</sup></b>			70,6%	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>					
2023/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			60,7%	>= 42,0%	29
2023/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			89,0%	>= 80,0%	29
2023/apo_hh/151296					
<b>QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie</b>					
			83,5%	>= 63,0%	33
2023/apo_hh/151297					
<b>QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie</b>					
			36,7%	nicht definiert	35
2023/apo_hh/83372					
<b>QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>					
			52,1%	>= 45,0%	37

## Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2023/apo_hh/83295 <b>Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			30,4%	-	44
2023/apo_hh/151304 <b>Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time</b>			23,7%	-	45
2023/apo_hh/151311 <b>Kennzahl 3: Door-to-door-time</b> Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			121,5 Min.	-	46
2023/apo_hh/154383 <b>Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik</b>			1,3%	-	47
2023/apo_hh/154384 <b>Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt</b>			31,1%	-	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:** 2023/apo\_hh/83284

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

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			543 / 582	93,3% 90,9% - 95,2% >= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup> Vertrauensbereich			646 / 685	94,3% 92,3% - 95,9%

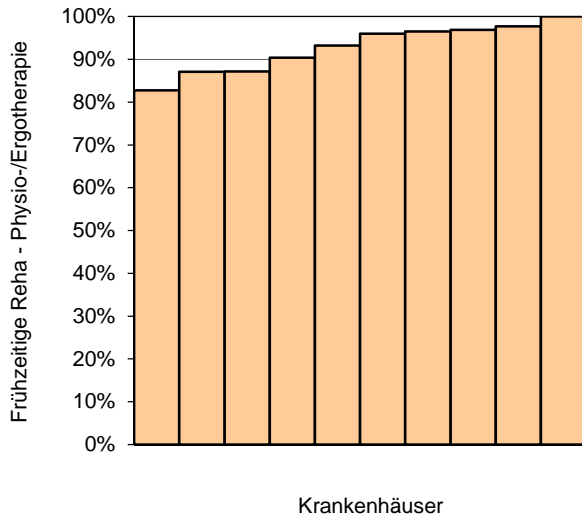
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2023/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:**

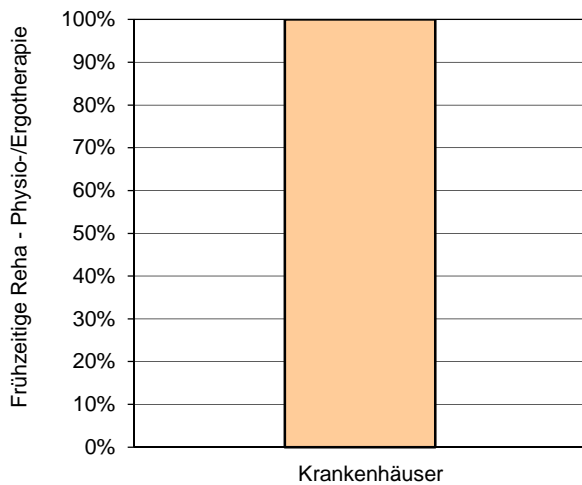
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,8	82,8	84,9	87,2	94,6	96,9	98,9	100,0	100,0

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

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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>	2023/apo_hh/83285
<b>Referenzbereich:</b>	>= 80,0%

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup>			578 / 617	93,7%
Vertrauensbereich				91,5% - 95,5%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup>			644 / 696	92,5%
Vertrauensbereich				90,3% - 94,4%

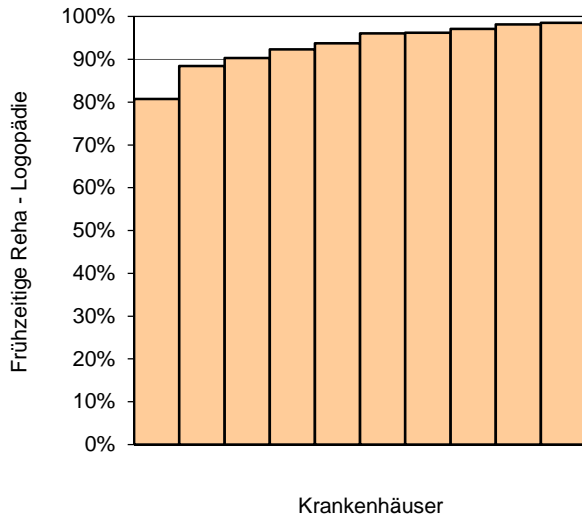
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2023/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:**

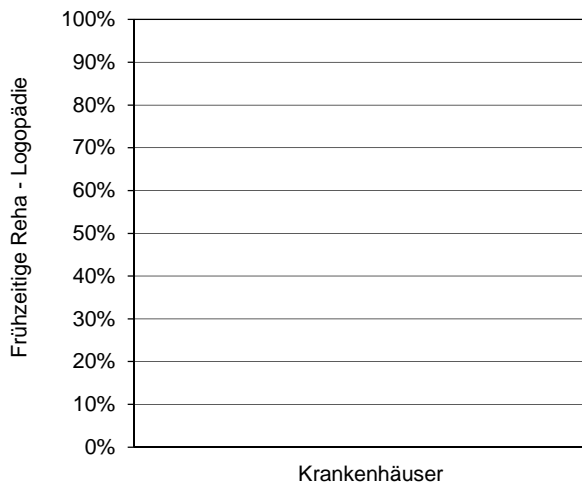
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,8	80,8	84,6	90,3	94,9	97,1	98,3	98,5	98,5

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

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


### 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:** 2023/apo\_hh/83287

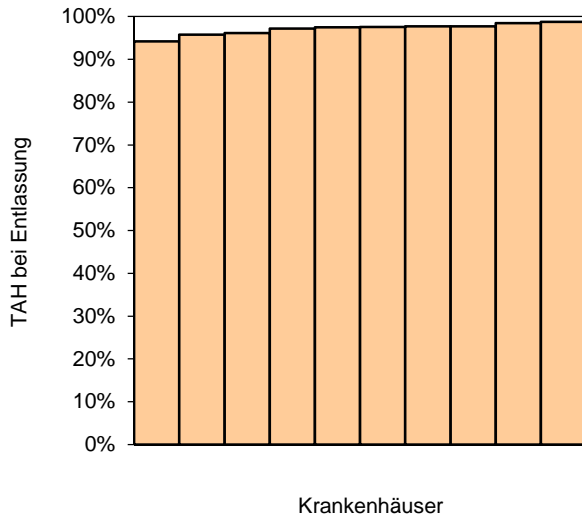
**Referenzbereich:** >= 90,0%

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.269 / 1.308	97,0%
Vertrauensbereich				95,9% - 97,9%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.372 / 1.414	97,0%
Vertrauensbereich				96,0% - 97,9%

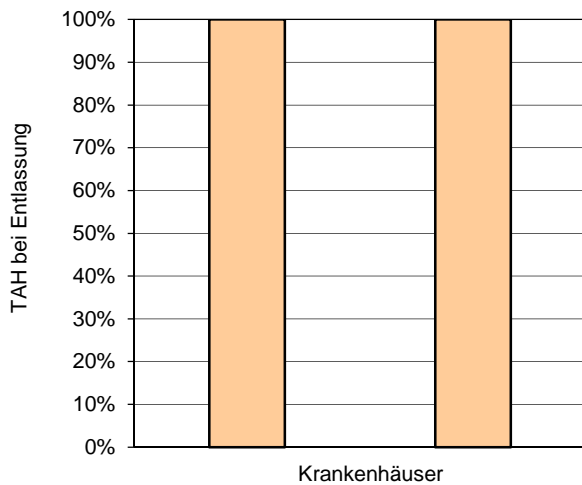
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83287]:  
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt  
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

**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	96,1	97,5	97,7	98,6	98,7	98,7

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



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

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:** 2023/apo\_hh/83288

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

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			332 / 360	92,2%
Vertrauensbereich				88,9% - 94,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

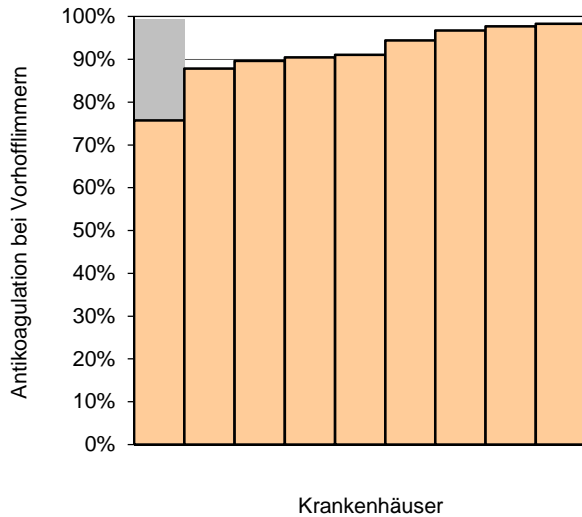
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			372 / 390	95,4%
Vertrauensbereich				92,8% - 97,2%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83288]:**

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

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

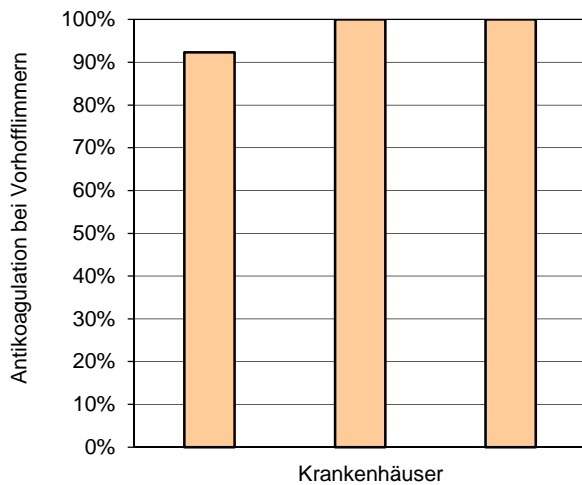
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,8	75,8	75,8	89,7	91,1	96,8	98,3	98,3	98,3

**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
	92,3	92,3	92,3	92,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 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:** 2023/apo\_hh/83292

**Referenzbereich:** >= 95,0%

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.868 / 1.882	99,3% 98,8% - 99,6% >= 95,0%

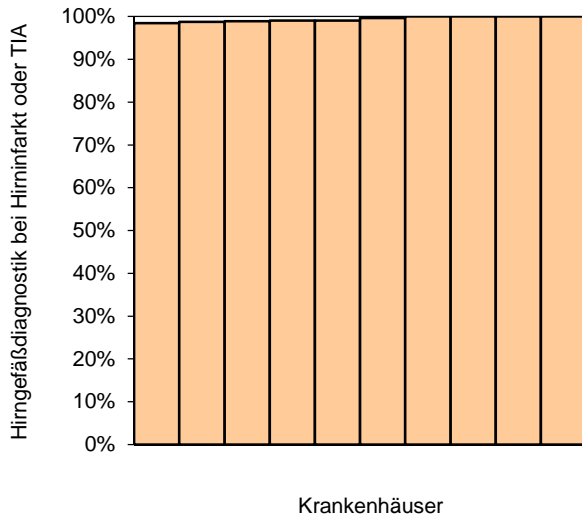
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			2.081 / 2.106	98,8% 98,3% - 99,2%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2023/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:**

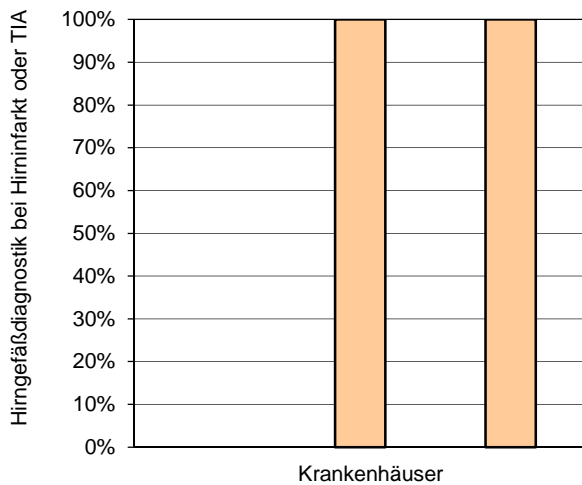
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,5	98,5	98,6	98,9	99,4	100,0	100,0	100,0	100,0

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

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 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: 2023/apo\_hh/83293  
 Gruppe 2: 2023/apo\_hh/83385  
 Gruppe 3: 2023/apo\_hh/83386

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

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

	Gesamt 2023 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	1 / 570 0,2%	25 / 1.318 1,9%	5 / 134 3,7%
Vertrauensbereich	0,0% - 1,0%	1,2% - 2,8%	1,2% - 8,6%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	■	■	■

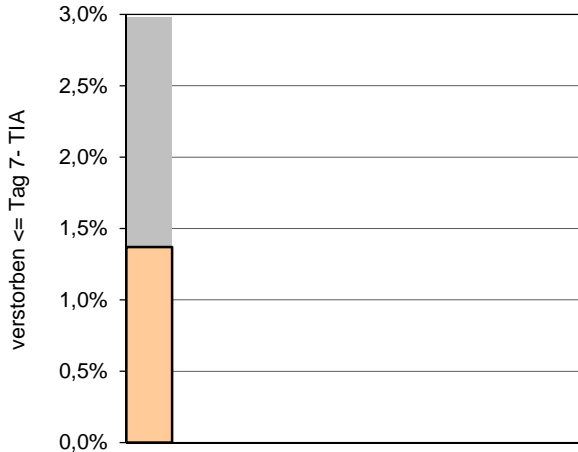
Vorjahresdaten	Gesamt 2022 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	0 / 596 0,0% 0,0% - 0,6%	34 / 1.531 2,2% 1,5% - 3,1%	5 / 155 3,2% 1,0% - 7,4%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2023/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:**

10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

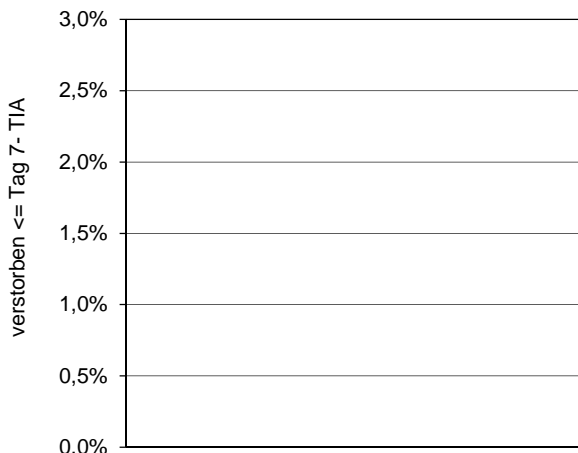


Krankenhäuser

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	0,7	1,4	1,4

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

2 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

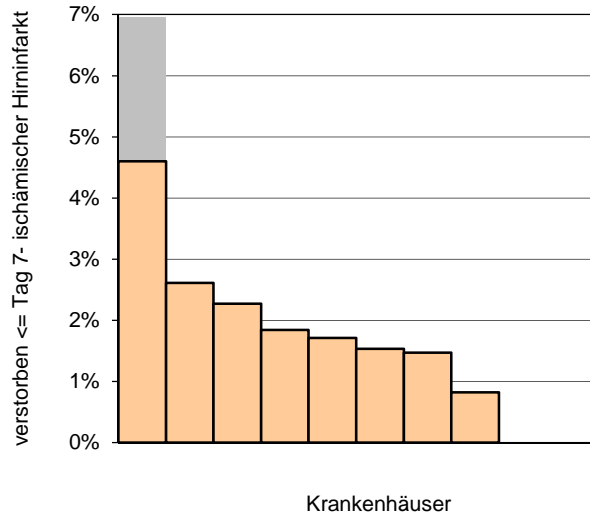
4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2023/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:**

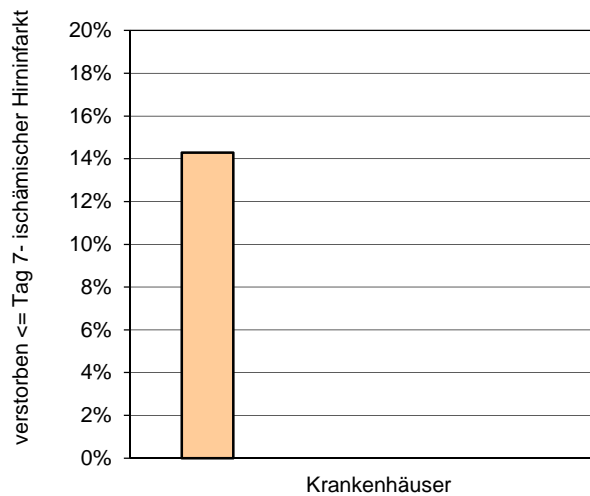
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,8	1,6	2,3	3,6	4,6	4,6

**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	14,3	14,3	14,3	14,3

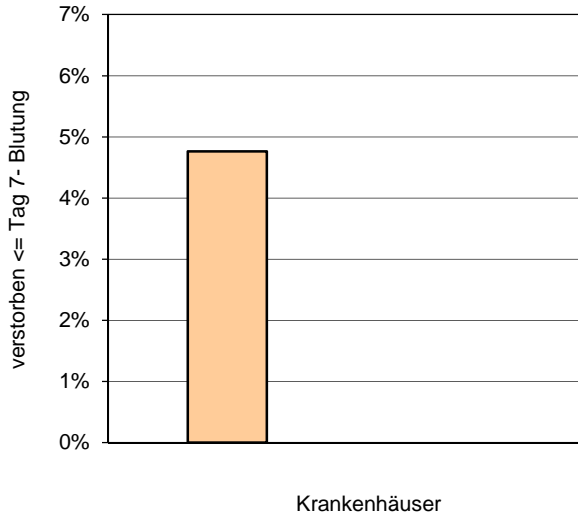
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83386]:**

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

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

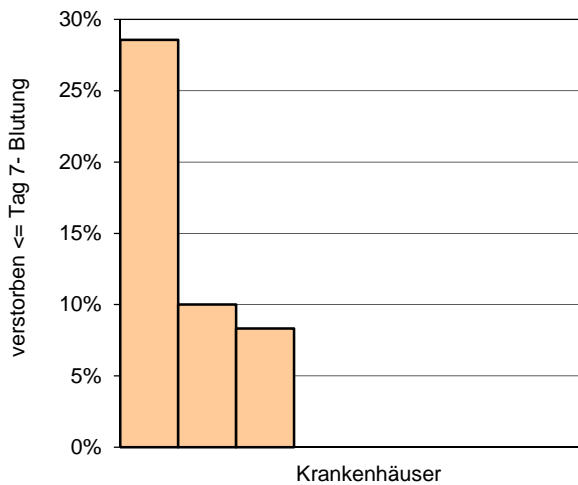
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,2	28,6	28,6	28,6

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:** 2023/apo\_hh/83294

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

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.108 / 1.203	<b>92,1%</b>
Vertrauensbereich				90,4% - 93,6%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

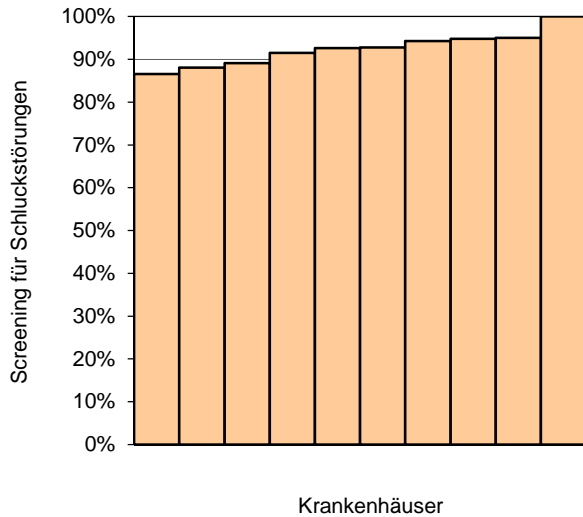
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.279 / 1.406	<b>91,0%</b>
Vertrauensbereich				89,3% - 92,4%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2023/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:**

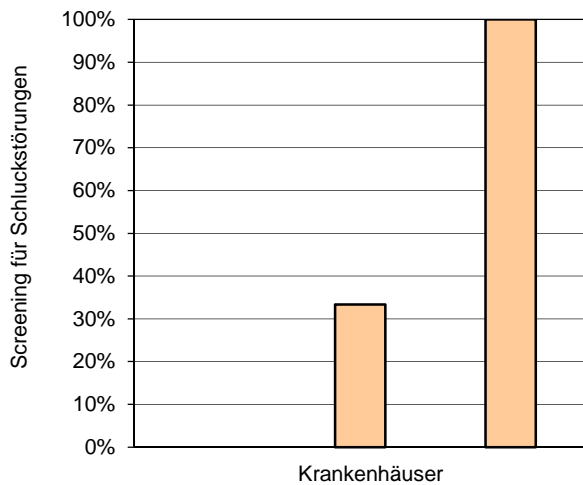
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,6	86,6	87,3	89,1	92,7	94,8	97,5	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
	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	100,0	100,0	100,0	100,0

3 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:** 2023/apo\_hh/103490

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

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten <sup>1</sup>			345 / 473	<b>72,9%</b>
Vertrauensbereich				68,7% - 76,9%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten <sup>1</sup>			378 / 512	<b>73,8%</b>
Vertrauensbereich				69,8% - 77,6%

<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik, ohne stationäre Erstversorgung oder mit Inhouse-Schlaganfall

<sup>2</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahresergebnisse mit der Vorjahresauswertung nicht vergleichbar.



	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <sup>1</sup>				
> 30 - 60 Minuten			46 / 473	9,7%
> 1 bis 3 Stunden			35 / 473	7,4%
> 3 bis 6 Stunden			11 / 473	2,3%
> 6 Stunden			14 / 473	3,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme			5 / 473	1,1%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 473	0,0%

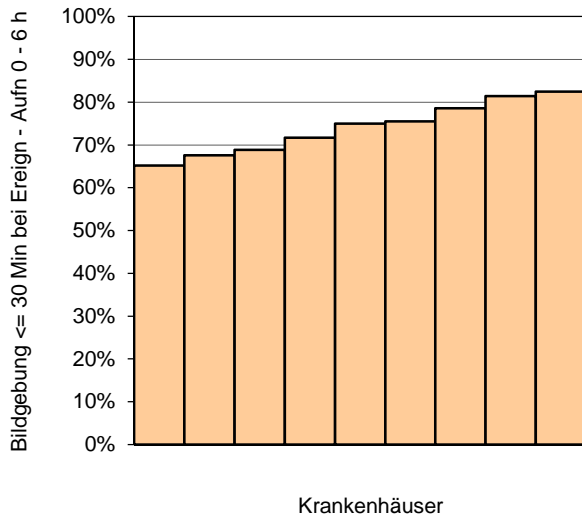
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik, ohne stationäre Erstversorgung oder mit Inhouse-Schlaganfall

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2023/apo\_hh/103490]:**

**Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten (Ausschluss: Patienten mit Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik, ohne stationäre Erstversorgung oder mit Inhouse-Schlaganfall) an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis <= 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA )**

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

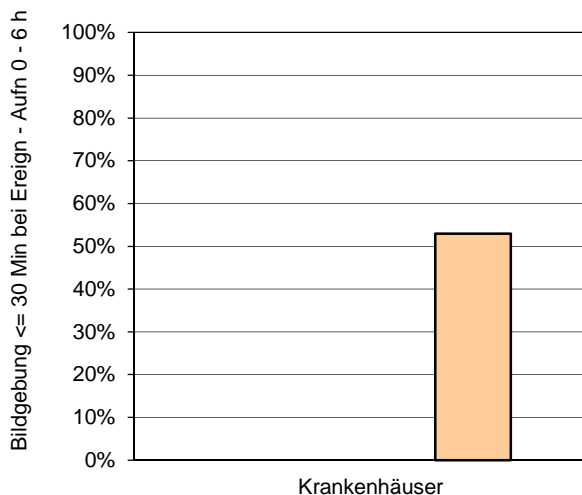
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,2	65,2	65,2	68,9	75,0	78,6	82,5	82,5	82,5

**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	26,5	52,9	52,9	52,9	52,9

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:** 2023/apo\_hh/83311

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

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			156 / 221	70,6%
Vertrauensbereich				64,1% - 76,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			155 / 241	64,3%
Vertrauensbereich				57,9% - 70,4%

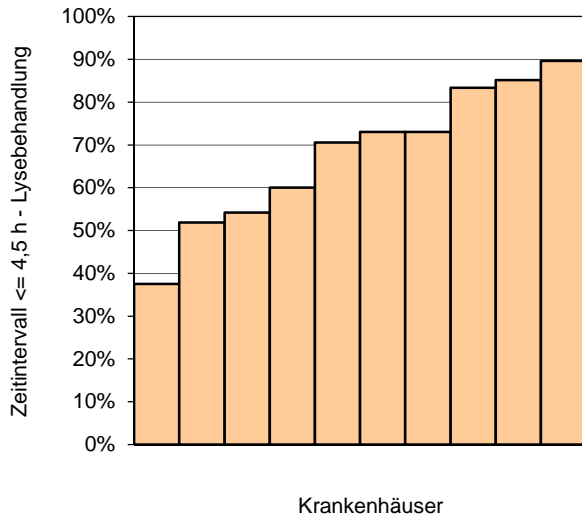
<sup>1</sup> Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9\_KH, Indikator-ID 2023/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.


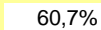

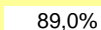



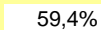

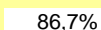
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,5	37,5	44,7	54,2	71,8	83,3	87,4	89,7	89,7

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:	2023/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2023/apo_hh/103509
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 42,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			165 / 272	
Vertrauensbereich				54,6% - 66,5%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			242 / 272	
Vertrauensbereich				84,6% - 92,4%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			161 / 271	
Vertrauensbereich				53,3% - 65,3%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			235 / 271	
Vertrauensbereich				82,1% - 90,5%

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

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
> 30 - 60 Minuten			77 / 272	28,3%
> 1 - 2 Stunden			23 / 272	8,5%
> 2 - 3 Stunden			1 / 272	0,4%
> 3 - 4 Stunden			2 / 272	0,7%
> 4 - 6 Stunden			1 / 272	0,4%
> 6 Stunden			2 / 272	0,7%
keine Lyse durchgeführt			0 / 272	0,0%

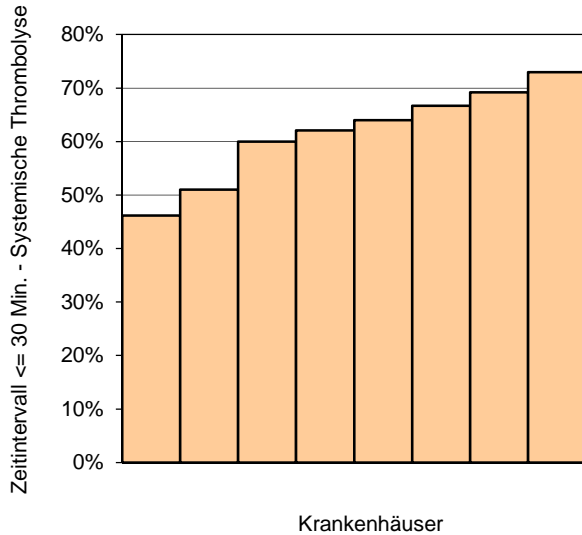
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2023/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:**

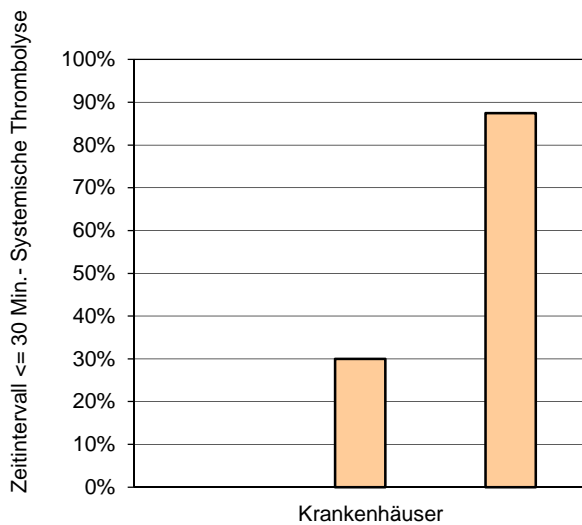
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,2	46,2	46,2	55,5	63,0	67,9	73,0	73,0	73,0

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

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	30,0	87,5	87,5	87,5	87,5

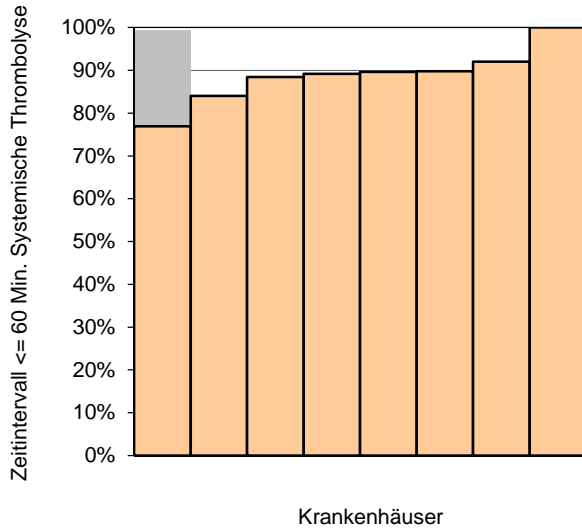
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2023/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:**

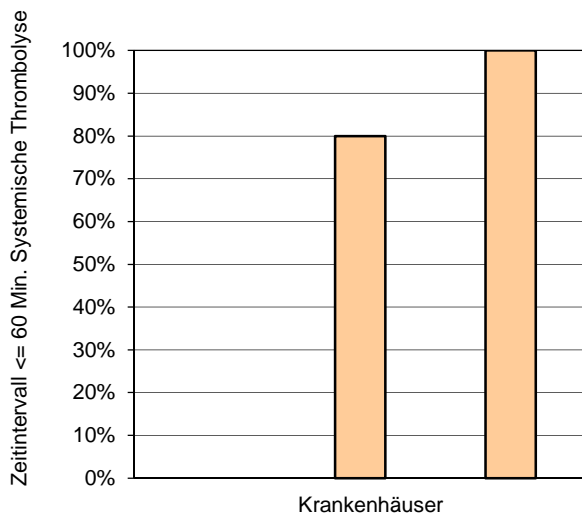
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,9	76,9	76,9	86,2	89,4	90,9	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
	0,0	0,0	0,0	0,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.




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


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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Indikator-ID:** 2023/apo\_hh/151296

**Referenzbereich:** >= 63,0%

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			116 / 139	83,5%
Vertrauensbereich				76,2% - 89,2%
Referenzbereich		>= 63,0%		>= 63,0%

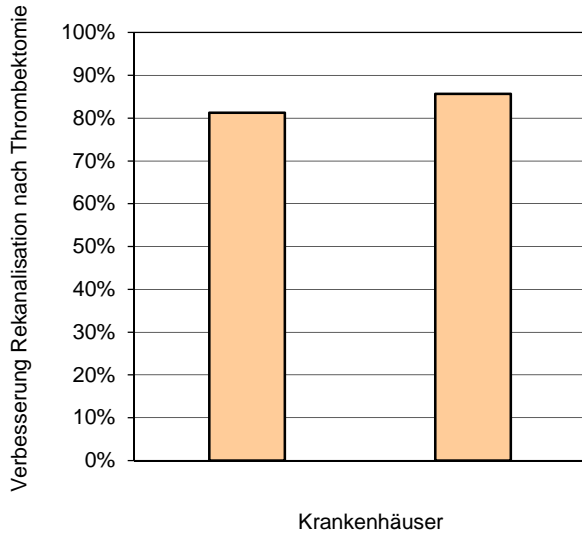
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			123 / 164	75,0%
Vertrauensbereich				67,6% - 81,4%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2023/apo\_hh/151296]:**

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

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

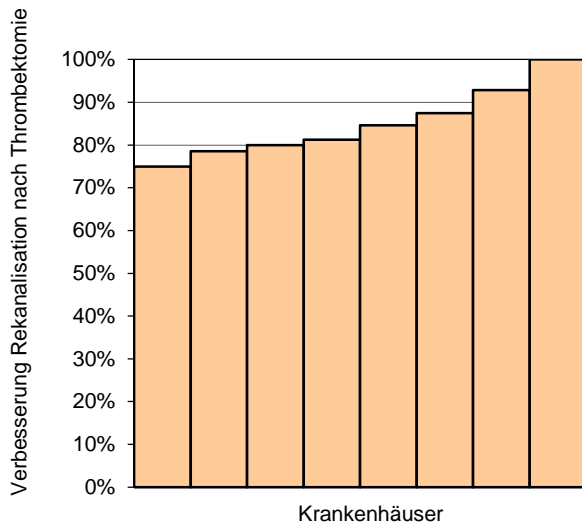
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,3	81,3	81,3	81,3	83,5	85,7	85,7	85,7	85,7

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

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	79,3	82,9	90,2	100,0	100,0	100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie

**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score nach Thrombektomie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Indikator-ID:** 2023/apo\_hh/151297

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

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 Vertrauensbereich Referenzbereich			51 / 139	36,7%
		nicht definiert		28,7% - 45,3% nicht definiert

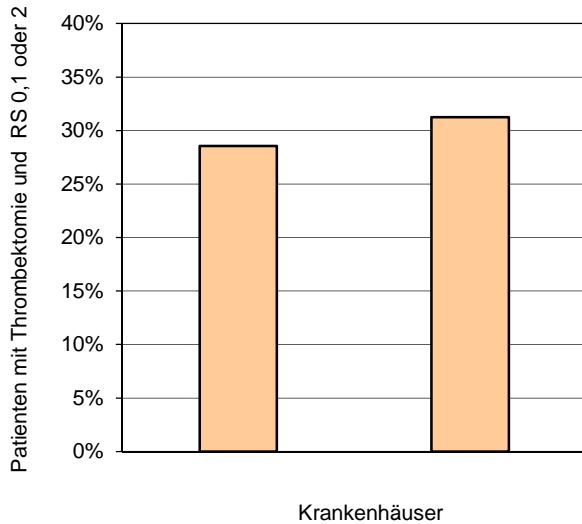
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 Vertrauensbereich			42 / 164	25,6%
				19,1% - 33,0%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2023/apo\_hh/151297]:**

**Anteil an Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 an allen Patienten mit Thrombektomie**

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

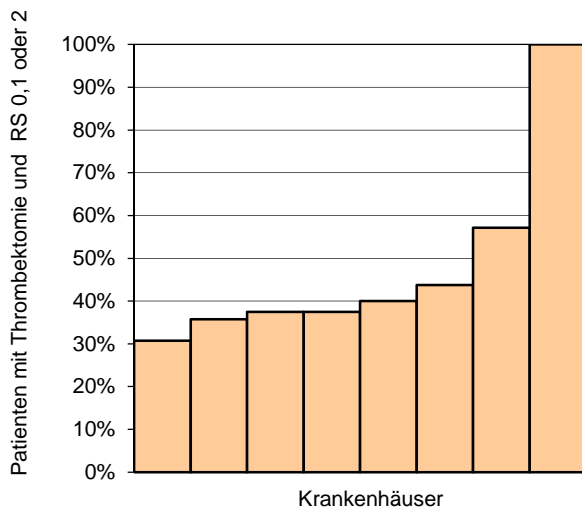
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	28,6	28,6	28,6	28,6	29,9	31,3	31,3	31,3	31,3

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

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	30,8	30,8	30,8	36,6	38,8	50,4	100,0	100,0	100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

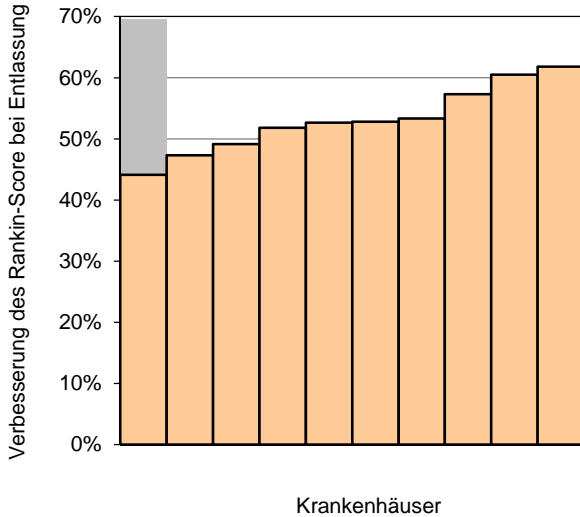
**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2023/apo\_hh/83372  
**Referenzbereich:** >= 45,0%

	Krankenhaus 2023 II. Quartal	Gesamt 2023 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.053 / 2.022	 52,1%
Vertrauensbereich			49,9% - 54,3%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal	Gesamt 2022 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.107 / 2.282	 48,5%
Vertrauensbereich			46,4% - 50,6%

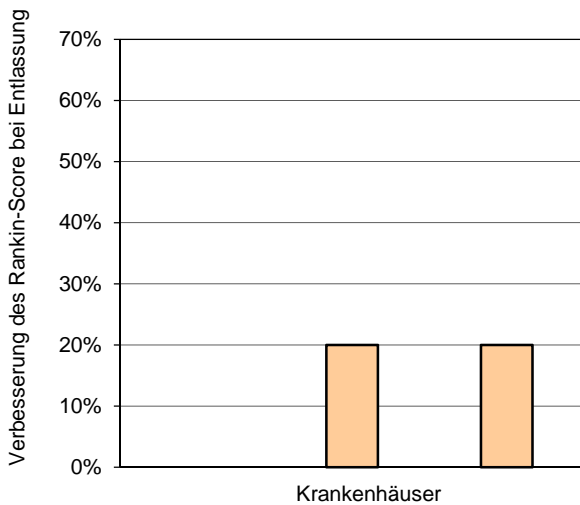
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

**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
	44,1	44,1	45,7	49,2	52,7	57,3	61,2	61,8	61,8

**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	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhaus 2023 II. Quartal**

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

**Gesamt 2023 II. 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	312 15,4%	198 9,8%	150 7,4%	69 3,4%	26 1,3%	14 0,7%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	9 0,4%	91 4,5%	139 6,9%	78 3,9%	22 1,1%	14 0,7%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	7 0,3%	112 5,5%	101 5,0%	46 2,3%	22 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	3 0,1%	13 0,6%	97 4,8%	85 4,2%	27 1,3%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	9 0,4%	12 0,6%	62 3,1%	62 3,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,0%	2 0,1%	4 0,2%	10 0,5%	82 4,1%
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>						



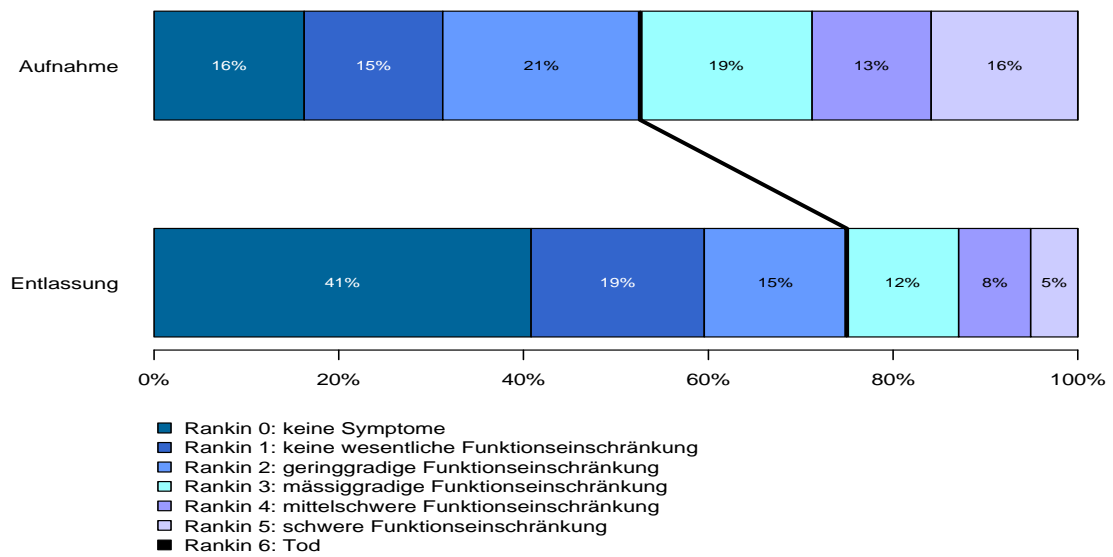
**Vorjahresdaten  
Krankenhaus 2022 II. Quartal**

	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 2022 II. 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	373 16,3%	143 6,3%	145 6,4%	64 2,8%	24 1,1%	7 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	17 0,7%	127 5,6%	167 7,3%	78 3,4%	24 1,1%	7 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	15 0,7%	128 5,6%	159 7,0%	60 2,6%	24 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	12 0,5%	100 4,4%	94 4,1%	38 1,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	6 0,3%	18 0,8%	77 3,4%	73 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	1 0,0%	6 0,3%	7 0,3%	111 4,9%
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:** 2023/apo\_hh/83295

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme <sup>1</sup>				
0 - <= 2 Stunden			483 / 2.022	23,9%
> 2 - <= 3 Stunden			131 / 2.022	6,5%
> 3 - <= 6 Stunden			130 / 2.022	6,4%
> 6 - <= 24 Stunden			177 / 2.022	8,8%
> 24 - <= 48 Stunden			66 / 2.022	3,3%
> 48 Stunden			103 / 2.022	5,1%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden <sup>1</sup>			614 / 2.022	30,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden <sup>1</sup>			669 / 2.282	29,3%

<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:** 2023/apo\_hh/151304

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion <sup>1</sup>				
0 - <= 30 Minuten			10 / 139	7,2%
> 30 - <= 60 Minuten			23 / 139	16,5%
> 60 - <= 90 Minuten			40 / 139	28,8%
> 90 - <= 120 Minuten			35 / 139	25,2%
> 120 - <= 180 Minuten			18 / 139	12,9%
> 180 Minuten			13 / 139	9,4%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten <sup>1</sup>			33 / 139	23,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten <sup>1</sup>			29 / 164	17,7%

<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:** 2023/apo\_hh/151311

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			6 / 2.022	0,3%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			3 / 6	50,0%
> 2 - <= 3 Stunden			1 / 6	16,7%
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 6	0,0%
> 6 - <= 24 Stunden			1 / 6	16,7%
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 6	0,0%
> 48 Stunden			1 / 6	16,7%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				121,5 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				128,0 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:** 2023/apo\_hh/154383

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			3 / 235	1,3%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			13 / 262	5,0%

<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:** 2023/apo\_hh/154384

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			73 / 235	31,1%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2022 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			75 / 262	28,6%



## Basisdaten

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. 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			2.372	100,0	2.731	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.372		2.731	

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

## Patienten

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.950		2.180	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>78,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			993	50,9	1.161	53,3
weiblich			956	49,0	1.013	46,5
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			1	0,1	6	0,3

## Aufnahme

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Erstversorgung</b>						
ja			1.931 / 2.372	81,4	2.148 / 2.731	78,7
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			71 / 2.372	3,0	102 / 2.731	3,7
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			2 / 2.372	0,1	14 / 2.731	0,5
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			4 / 2.372	0,2	9 / 2.731	0,3
nein, keine stationäre Aufnahme			351 / 2.372	14,8	449 / 2.731	16,4
Inhouse-Schlaganfall			13 / 2.372	0,5	9 / 2.731	0,3
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			1.550	76,7	1.735	76,0
Sonnabend oder Sonntag			472	23,3	547	24,0
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
<b>Sprechstörung</b>						
ja			715	35,4	771	33,8
nein			1.280	63,3	1.467	64,3
nicht bestimmbar			27	1,3	44	1,9
<b>Sprachstörung</b>						
ja			493	24,4	571	25,0
nein			1.503	74,3	1.678	73,5
nicht bestimmbar			26	1,3	33	1,4
<b>Motorische Ausfälle</b>						
ja			937	46,3	1.076	47,2
nein			1.075	53,2	1.189	52,1
nicht bestimmbar			10	0,5	17	0,7
<b>Schluckstörung</b>						
ja			242	12,0	295	12,9
nein			1.633	80,8	1.819	79,7
nicht bestimmbar			147	7,3	168	7,4
<b>Bewusstseinsstörung</b>						
ja			190	9,4	208	9,1
nein			1.822	90,1	2.063	90,4
nicht bestimmbar			10	0,5	11	0,5

### Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			1.173	58,0	1.293	56,7
nein			849	42,0	989	43,3
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			256	21,8	300	23,2
> 1 - <= 2 Stunden			268	22,8	302	23,4
> 2 - <= 3 Stunden			131	11,2	123	9,5
> 3 - <= 3,5 Stunden			40	3,4	35	2,7
> 3,5 - <= 4 Stunden			27	2,3	38	2,9
> 4 - <= 6 Stunden			65	5,5	70	5,4
> 6 - <= 24 Stunden			177	15,1	213	16,5
> 24 - <= 48 Stunden			66	5,6	76	5,9
> 48 Stunden			103	8,8	116	9,0
wake up stroke						
ja			294	34,6	347	35,1
nein			555	65,4	642	64,9

## Diagnostik

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diagnostik bei Aufnahme</b>						
<b>Bildgebung durchgeführt</b>						
keine Bildgebung erfolgt			3	0,1	7	0,3
1. Bildgebung extern			130	6,4	157	6,9
1. Bildgebung intern			1.889	93,4	2.118	92,8
wenn 1. Bildgebung intern, <b>Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus</b>						
CCT			765	40,5	832	39,3
CCT mit CTA			1.055	55,8	1.188	56,1
MRT			46	2,4	51	2,4
MRT mit MRA			23	1,2	47	2,2
<b>Gefäßverschluss</b>						
ja			290	14,3	380	16,7
nein			1.732	85,7	1.902	83,3
<b>Thrombektomie</b>						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			131	94,2	156	95,1
nein			8	5,8	8	4,9
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
<b>Art des Gefäßverschlusses</b>						
Carotis T			15	11,5	25	16,0
M1			61	46,6	67	42,9
M2			26	19,8	34	21,8
Basilaris			8	6,1	14	9,0
Sonstige			21	16,0	16	10,3
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			116	88,5	123	78,8
nein			15	11,5	33	21,2
<b>Dauer der Symptome</b>						
nicht bestimmbar, da Verlegung			12	0,6	25	1,1
<= 24 Stunden			864	42,7	940	41,2
> 24 Stunden			1.146	56,7	1.317	57,7

### Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Weiterführende Diagnostik</b>						
<b>Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße</b>						
extrakraniell			1.890	93,8	2.081	92,1
Intrakraniell			1.888	93,7	2.077	91,9
<b>Schlucktest nach Protokoll durchgeführt</b>						
ja			1.828	90,7	2.023	89,6
nein			180	8,9	224	9,9
nicht durchführbar			7	0,3	12	0,5
<b>Vorhofflimmern</b>			531	26,4	619	27,4
<b>Komplikationen - Pneumonie</b>						
nein			1.830	90,8	2.046	90,6
ja			185	9,2	213	9,4
<b>Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis</b>						
nein			1.951	96,8	2.177	96,4
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			24	1,2	29	1,3
Stenting im Verlauf			14	0,7	17	0,8
TEA			24	1,2	35	1,5

### Diagnose(n) ICD-10-GM 2023<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.318	65,2	1.531	67,1
TIA			570	28,2	596	26,1
ICB			134	6,6	155	6,8
unklar			0	0,0	0	0,0

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

### Rankin Skala

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme</b>						
Rankin 0			329	16,3	393	17,2
Rankin 1			303	15,0	295	12,9
Rankin 2			432	21,4	465	20,4
Rankin 3			376	18,6	443	19,4
Rankin 4			261	12,9	305	13,4
Rankin 5			321	15,9	381	16,7
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			768	40,8	754	36,0
Rankin 1			353	18,8	417	19,9
Rankin 2			290	15,4	387	18,5
Rankin 3			228	12,1	244	11,6
Rankin 4			147	7,8	175	8,4
Rankin 5			96	5,1	118	5,6

## Rehabilitation

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn Physiotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.640	81,4	1.830	81,0
> Tag 2 nach Aufnahme			35	1,7	42	1,9
keine			340	16,9	387	17,1
<b>Beginn Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.579	78,4	1.701	75,3
> Tag 2 nach Aufnahme			31	1,5	34	1,5
keine			405	20,1	524	23,2

## Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulantien</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			517	25,7	609	27,0
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b>			1.490	73,9	1.620	71,7
<b>Antihypertensiva</b>			1.642	81,5	1.833	81,1
<b>Antidiabetika</b>			369	18,3	429	19,0
<b>Statine</b>			1.799	89,3	1.994	88,3

## Entlassung

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsart</b>						
nach Hause			1.265	62,8	1.374	60,8
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			421	20,9	523	23,2
andere Abteilung			52	2,6	49	2,2
externe Akut-Klinik			12	0,6	27	1,2
Pflegeeinrichtung			143	7,1	149	6,6
verstorben			122	6,1	137	6,1
<b>wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik</b>						
zur Thrombektomie			2	15,4	0	0,0
zur Desobliteration der A. carotis			5	38,5	12	44,4
zur Hemikraniektomie			0	0,0	2	7,4
aus anderen Gründen			6	46,2	13	48,1
<b>wenn verstorben</b>						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			61	49,6	67	48,9
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			62	50,4	70	51,1
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			2.022	100,0	2.282	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>8,8 Tage</i>		<i>8,8 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>5,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	



## Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse/ Thrombektomie</b>						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.669	82,8	1.886	83,5
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			7	0,3	12	0,5
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			201	10,0	197	8,7
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			19	0,9	23	1,0
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			67	3,3	65	2,9
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			52	2,6	76	3,4
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			166	55,7	164	53,6
> 30 - <= 60 Minuten			80	26,8	75	24,5
> 1 - <= 2 Stunden			23	7,7	26	8,5
> 2 - <=3 Stunden			1	0,3	4	1,3
> 3 - <=4 Stunden			2	0,7	5	1,6
> 4 - <= 6 Stunden			1	0,3	0	0,0
> 6 Stunden			25	8,4	32	10,5
keine Lyse durchgeführt			1.721	85,4	1.962	86,9
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			950	47,0	1.085	47,5
> 30 - <= 60 Minuten			269	13,3	262	11,5
> 1 - <= 3 Stunden			424	21,0	443	19,4
> 3 - <= 6 Stunden			135	6,7	194	8,5
> 6 Stunden			106	5,2	130	5,7
1. Bildgebung vor Aufnahme			130	6,4	157	6,9
keine Bildgebung erfolgt			3	0,1	7	0,3
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b>						
<= 2 (leicht)			1.050	55,8	1.171	55,9
3 - 8 (mittel)			563	29,9	648	30,9
9 - 20 (schwerwiegend)			233	12,4	234	11,2
> 20 (sehr schwerwiegend)			29	1,5	32	1,5
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

## Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2023 II. Quartal		Gesamt 2023 II. Quartal		Gesamt 2022 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			1.800	89,0	1.994	87,4
Antihypertensiva			1.644	81,3	1.833	80,3
Antidiabetika			369	18,2	429	18,8
keine Angabe			4	0,2	23	1,0
<b>Versorgungssituation vor Akutereignis</b>						
unabhängig zu Hause			1.688	83,5	1.854	81,2
Pflege zu Hause			175	8,7	243	10,6
Pflege in Institution			158	7,8	185	8,1
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

### 2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel, sofern es von der Fachgruppe definiert worden ist, sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z.B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein 'oder' als logisches, d. h. inklusives 'oder' zu verstehen im Sinne von 'und/oder'.

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

#### 2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

##### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,20 - 11,80%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,20 und 11,80 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit
2. der Anzahl der Fälle (z.B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z.B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion).

## 2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (fixer Referenzbereich)

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15\%$  definiert, d. h. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15\%$  gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (Perzentilen-Referenzbereich)

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2023.

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 2023 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2022 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 2022 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2023 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.

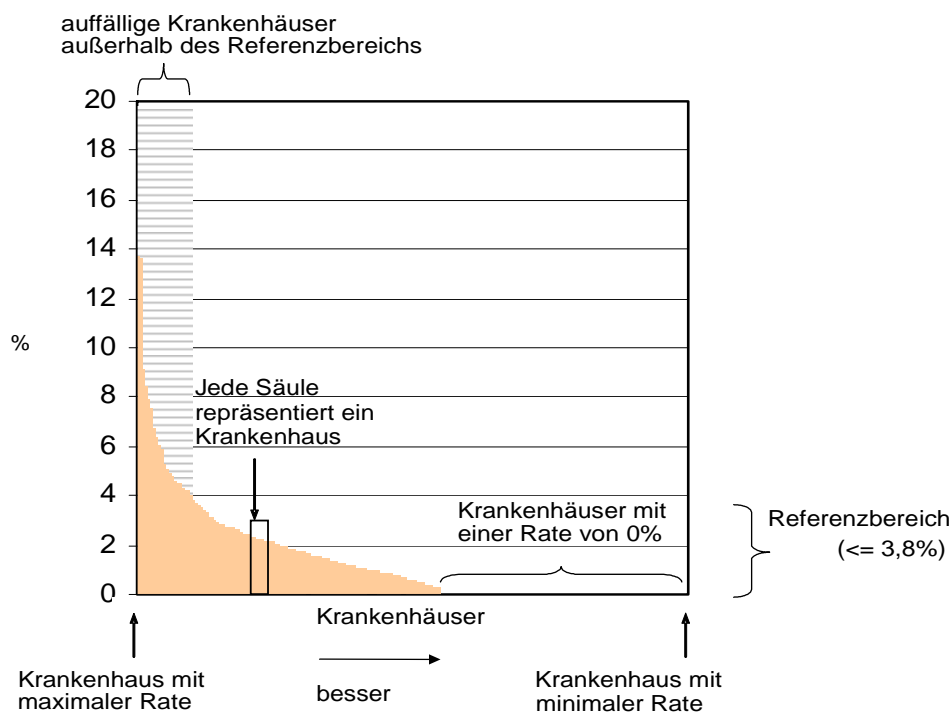
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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