

Jahresauswertung 2024 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.717
Datensatzversion: apo_hh 2024 5.1
Datenbankstand: 24. April 2024
2024 - D18798-L121719-P56327

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 2024 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 2023 im I. - IV. Quartal stationär entlassen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2024/apo_hh/83284					
QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			95,5%	>= 80,0%	7
2024/apo_hh/83285					
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			95,0%	>= 80,0%	9
2024/apo_hh/83287					
QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,4%	>= 90,0%	11
2024/apo_hh/83288					
QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			95,5%	>= 80,0%	13
2024/apo_hh/83292					
QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA			99,3%	>= 95,0%	15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Krankenhaussterblichkeit					
2024/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2024/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			1,9%	<= 4,0%	17
2024/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			4,5%	<= 25,0%	17
2024/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			91,8%	>= 80,0%	22
QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden					
2024/apo_hh/103490			71,7%	>= 65,0%	24
2024/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹			65,3%	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					
2024/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			57,8%	>= 42,0%	29
2024/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			88,4%	>= 80,0%	29
2024/apo_hh/151296					
QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie					
			79,8%	>= 63,0%	33
2024/apo_hh/151297					
QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie					
			31,7%	nicht definiert	35
2024/apo_hh/83372					
QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			48,2%	>= 45,0%	37

Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2024/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			31,0%	-	44
2024/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			23,5%	-	45
2024/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			129,5 Min.	-	46
2024/apo_hh/154383 Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik			2,7%	-	47
2024/apo_hh/154384 Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt			36,2%	-	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 und mit Inhouse-Schlaganfall)

Indikator-ID: 2024/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.350 / 2.460	95,5% 94,6% - 96,3% >= 80,0%

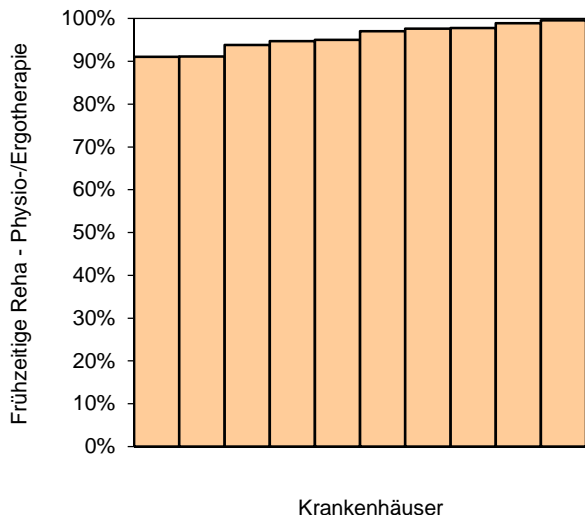
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			2.417 / 2.558	94,5% 93,5% - 95,3%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2024/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 und mit Inhouse-Schlaganfall)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

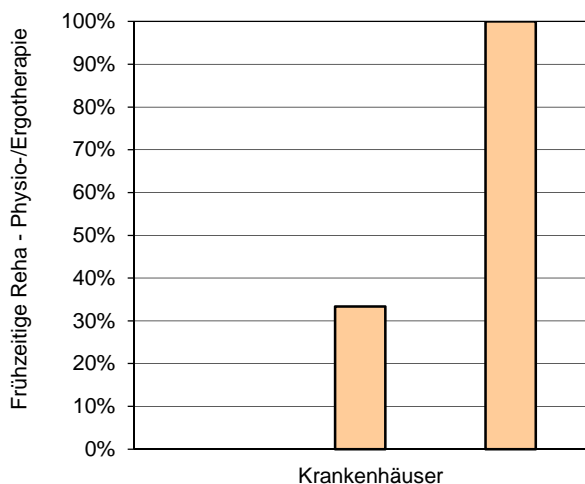
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,1	91,1	91,1	93,8	96,1	97,8	99,3	99,6	99,6

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	33,3	100,0	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 und mit Inhouse-Schlaganfall)

Indikator-ID: 2024/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.607 / 2.744	95,0% 94,1% - 95,8% >= 80,0%

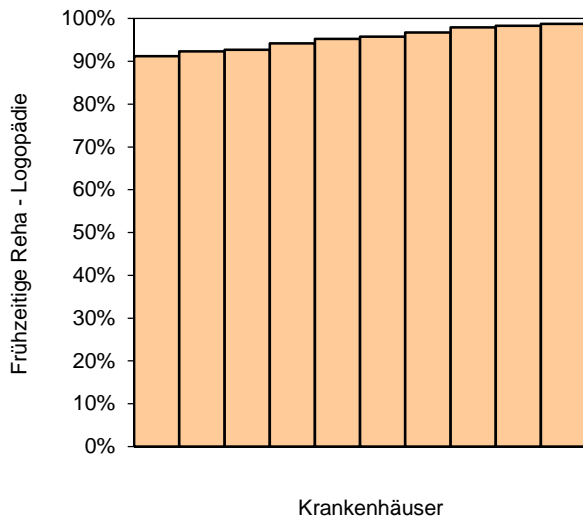
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			2.554 / 2.728	93,6% 92,6% - 94,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2024/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 und mit Inhouse-Schlaganfall)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

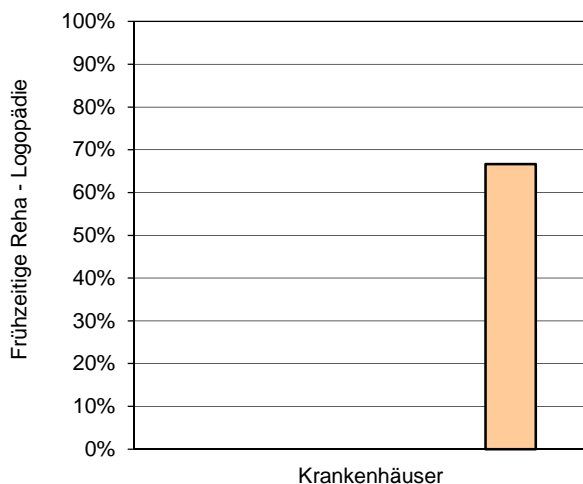
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,3	91,3	91,8	92,7	95,5	97,9	98,6	98,8	98,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	66,7	66,7	66,7

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: 2024/apo_hh/83287

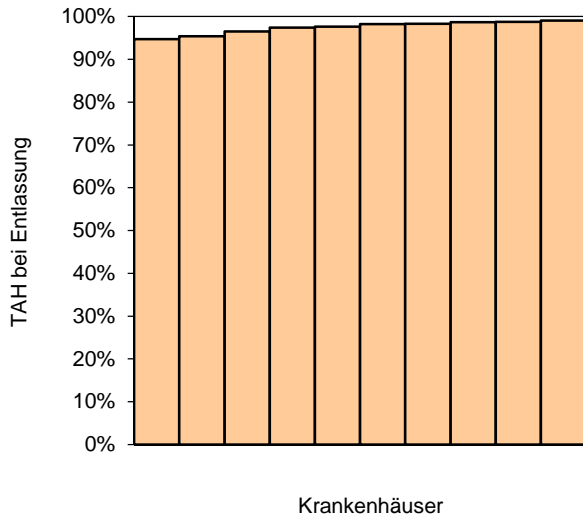
Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.552 / 5.699	97,4%
Vertrauensbereich				97,0% - 97,8%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.496 / 5.645	97,4%
Vertrauensbereich				96,9% - 97,8%

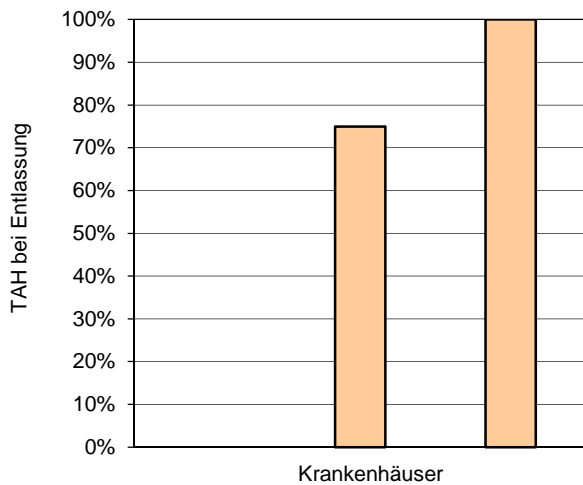
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2024/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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
	94,7	94,7	95,1	96,5	97,9	98,7	98,9	99,1	99,1

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	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe


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

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

Indikator-ID: 2024/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.372 / 1.436	95,5%
Vertrauensbereich				94,3% - 96,6%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

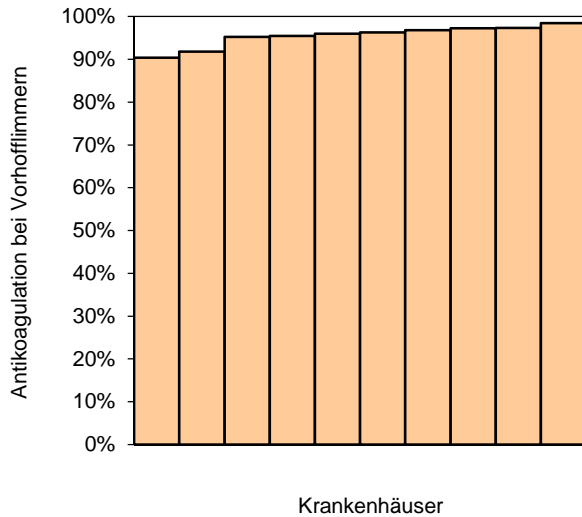
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.368 / 1.456	94,0%
Vertrauensbereich				92,6% - 95,1%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2024/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:

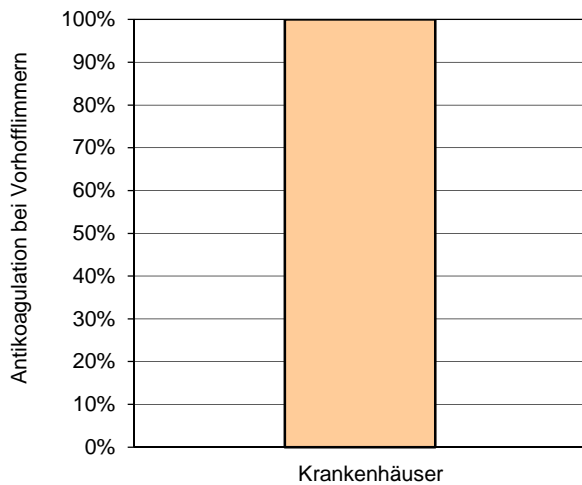
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,4	90,4	91,1	95,2	96,2	97,2	97,9	98,4	98,4

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 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: 2024/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 95,0%

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	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			8.180 / 8.238	99,3% 99,1% - 99,5% >= 95,0%

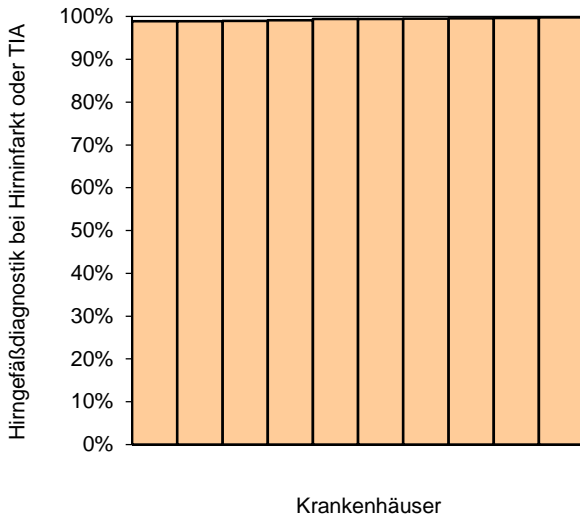
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			8.174 / 8.242	99,2% 99,0% - 99,4%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2024/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:

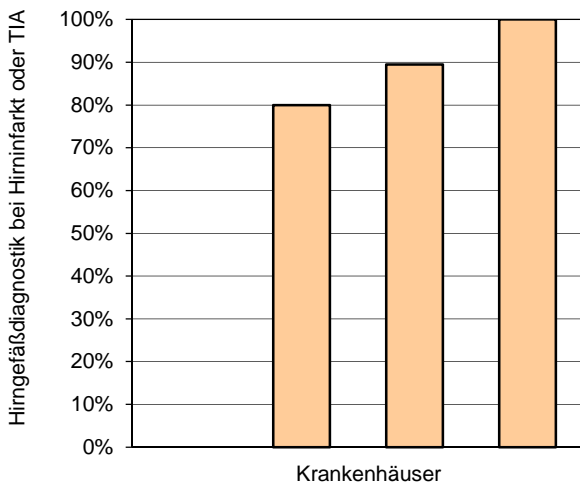
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,9	98,9	98,9	99,0	99,4	99,6	99,7	99,8	99,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	40,0	84,7	94,7	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

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

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

Indikator-ID:
 Gruppe 1: 2024/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2024/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2024/apo_hh/83386

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

	Krankenhaus 2024		
	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 2024		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	1 / 2.563 0,0%	108 / 5.733 1,9%	33 / 741 4,5%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,2%	1,5% - 2,3%	3,1% - 6,2%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		
	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			

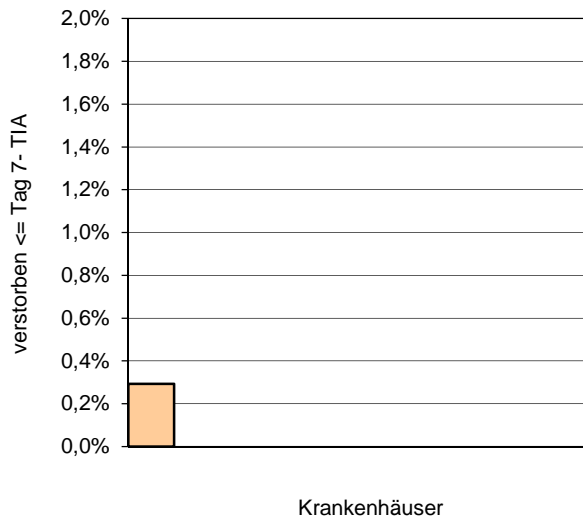
Vorjahresdaten	Gesamt 2023		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	1 / 2.458 0,0% 0,0% - 0,2%	91 / 5.838 1,6% 1,3% - 1,9%	18 / 652 2,8% 1,6% - 4,3%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2024/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:

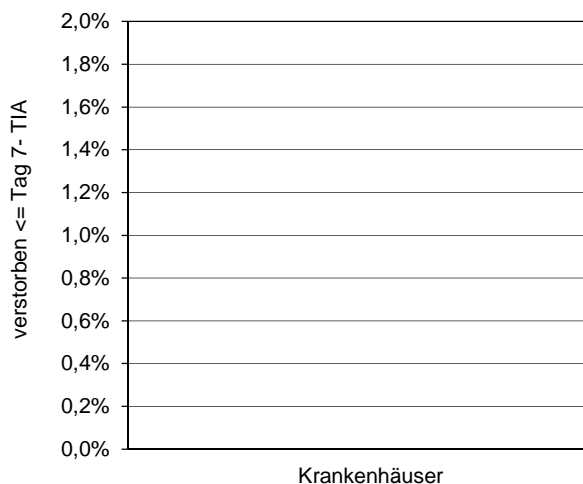
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	0,1	0,3	0,3

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

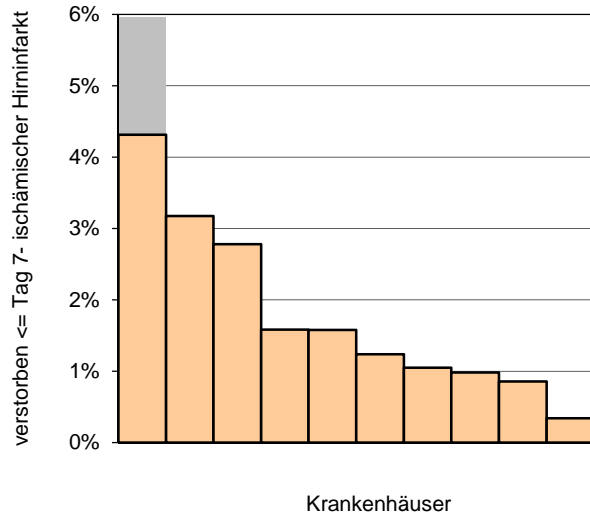
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2024/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:

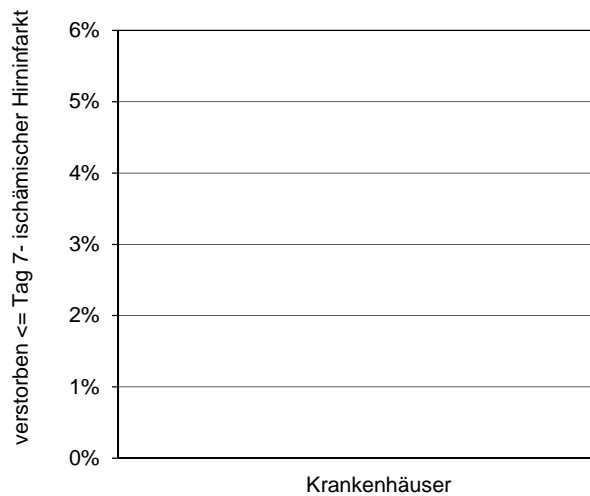
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,3	0,3	0,6	1,0	1,4	2,8	3,7	4,3	4,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

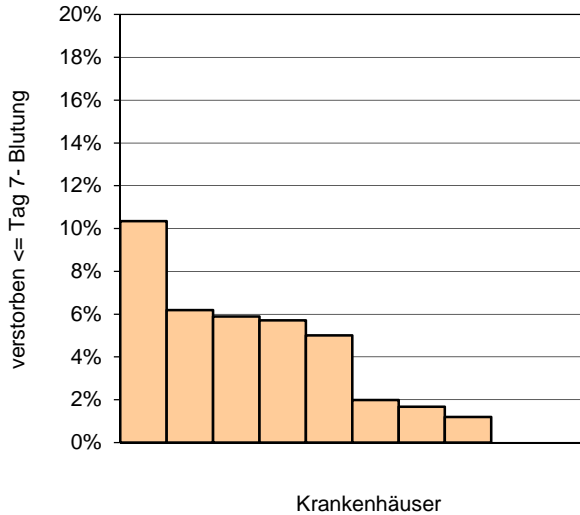
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2024/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:

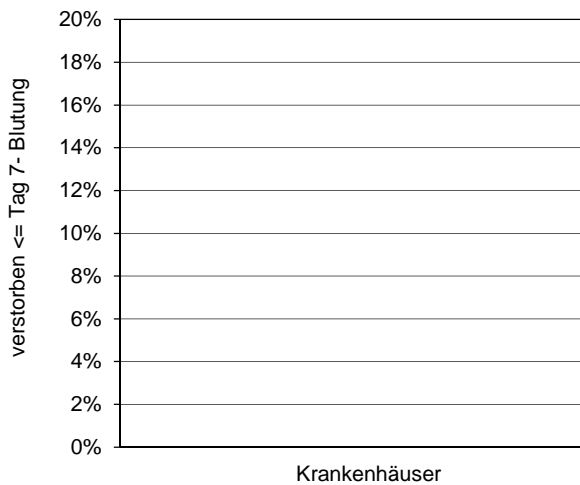
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,2	3,5	5,9	8,3	10,3	10,3

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
	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: 2024/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.973 / 5.420	91,8%
Vertrauensbereich				91,0% - 92,5%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

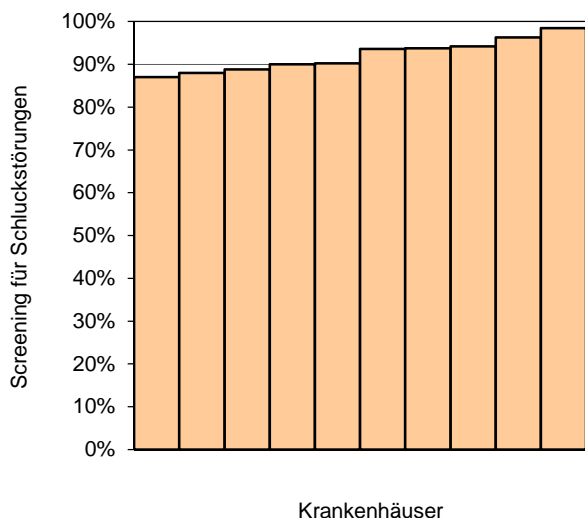
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.891 / 5.415	90,3%
Vertrauensbereich				89,5% - 91,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2024/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:

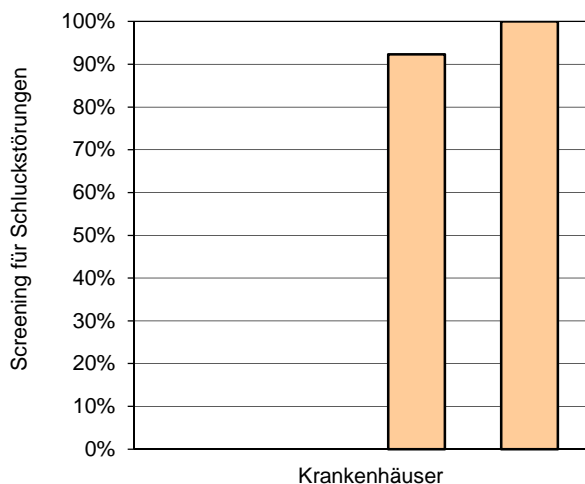
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,0	87,0	87,5	88,8	91,9	94,2	97,4	98,5	98,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	46,2	96,2	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


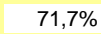
Qualitätsindikator 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 6 Stunden


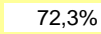
Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung

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

Indikator-ID: 2024/apo_hh/103490

Referenzbereich: >= 65,0%

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹			1.580 / 2.204	 71,7%
Vertrauensbereich				69,8% - 73,6%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹			1.531 / 2.118	 72,3%
Vertrauensbereich				70,3% - 74,2%

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

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) ¹				
> 30 - 60 Minuten			227 / 2.204	10,3%
> 1 bis 3 Stunden			140 / 2.204	6,4%
> 3 bis 6 Stunden			48 / 2.204	2,2%
> 6 Stunden			58 / 2.204	2,6%
1. Bildgebung vor Aufnahme			18 / 2.204	0,8%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 2.204	0,0%

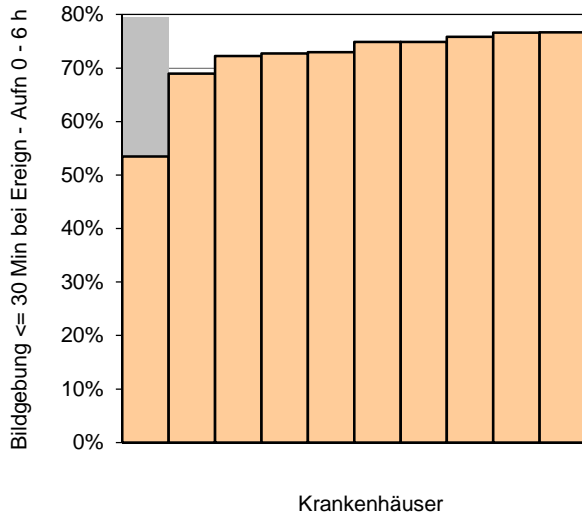
¹ Ausschluss: Patienten mit Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik, ohne stationäre Erstversorgung oder mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2024/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:

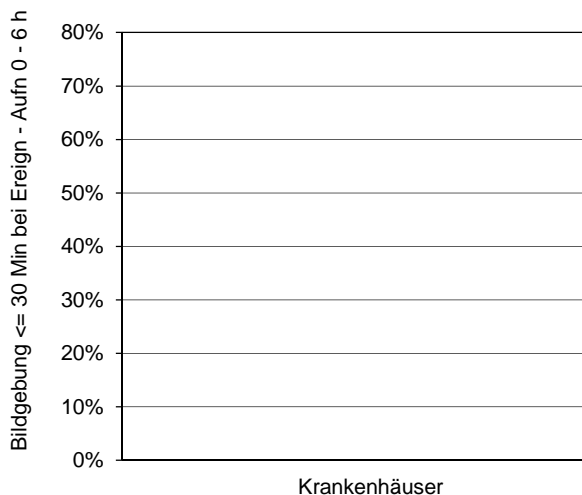
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,4	53,4	61,2	72,2	73,9	75,8	76,7	76,7	76,7

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 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: 2024/apo_hh/83311

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

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024 ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			637 / 976	65,3%
Vertrauensbereich				62,2% - 68,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023 ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			657 / 977	67,2%
Vertrauensbereich				64,2% - 70,2%

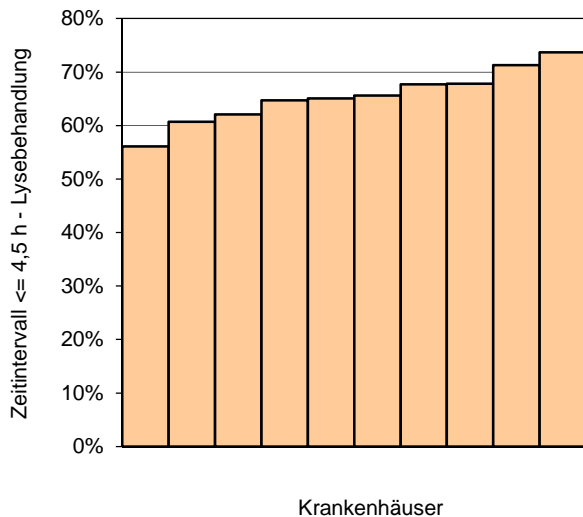
¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 2024/apo_hh/83311]:

Anteil von Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt an allen Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme $\leq 4,5$ Stunden und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	56,1	56,1	58,4	62,1	65,3	67,8	72,5	73,7	73,7

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse		
Grundgesamtheit:	Alle Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde		
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2024/apo_hh/103508	
	Gruppe 2:	2024/apo_hh/103509	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	≥ 42,0%	
	Gruppe 2:	≥ 80,0%	

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			615 / 1.064	57,8%
Vertrauensbereich				54,8% - 60,8%
Referenzbereich		≥ 42,0%		≥ 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			941 / 1.064	88,4%
Vertrauensbereich				86,4% - 90,3%
Referenzbereich		≥ 80,0%		≥ 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			679 / 1.143	59,4%
Vertrauensbereich				56,5% - 62,3%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			1.011 / 1.143	88,5%
Vertrauensbereich				86,5% - 90,2%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
> 30 - 60 Minuten			326 / 1.064	30,6%
> 1 - 2 Stunden			75 / 1.064	7,0%
> 2 - 3 Stunden			10 / 1.064	0,9%
> 3 - 4 Stunden			2 / 1.064	0,2%
> 4 - 6 Stunden			4 / 1.064	0,4%
> 6 Stunden			17 / 1.064	1,6%
keine Lyse durchgeführt			0 / 1.064	0,0%

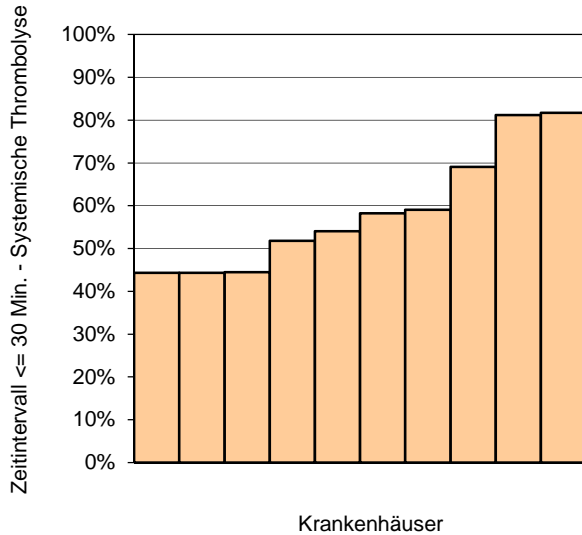
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2024/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:

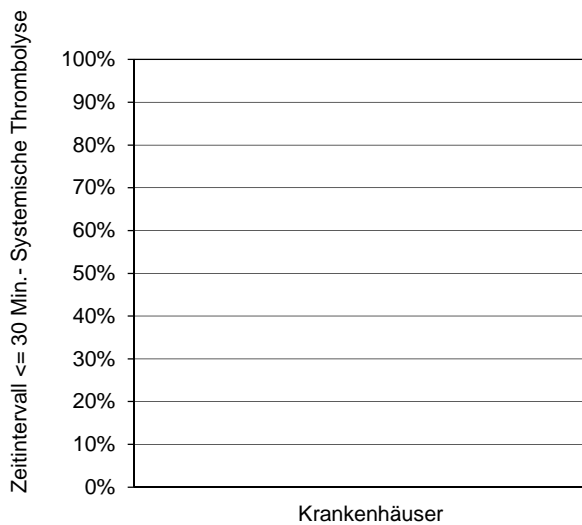
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,3	44,3	44,3	44,4	56,2	69,1	81,4	81,7	81,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

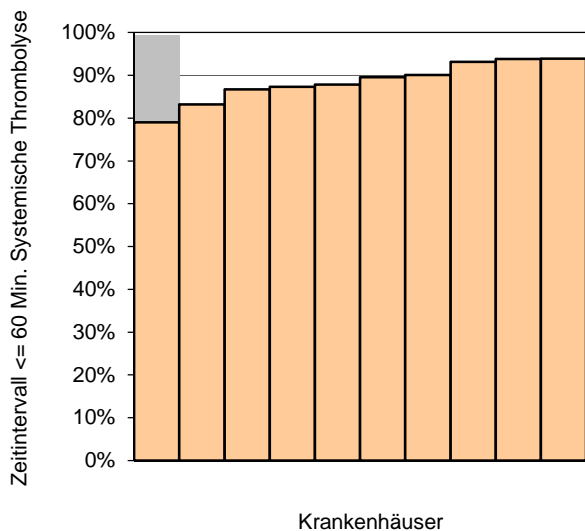
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2024/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:

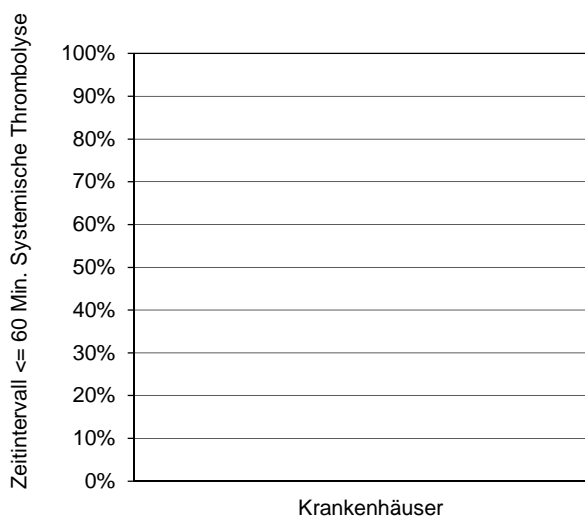
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,0	79,0	81,1	86,7	88,7	93,2	93,8	93,9	93,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie


Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit Rekanalisation nach Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2024/apo_hh/151296

Referenzbereich: $\geq 63,0\%$

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			533 / 668	79,8%
Vertrauensbereich				76,5% - 82,8%
Referenzbereich		$\geq 63,0\%$		$\geq 63,0\%$

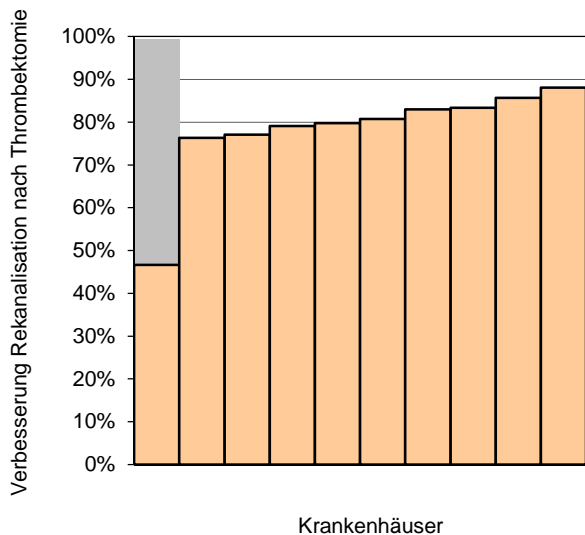
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			552 / 660	83,6%
Vertrauensbereich				80,6% - 86,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2024/apo_hh/151296]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

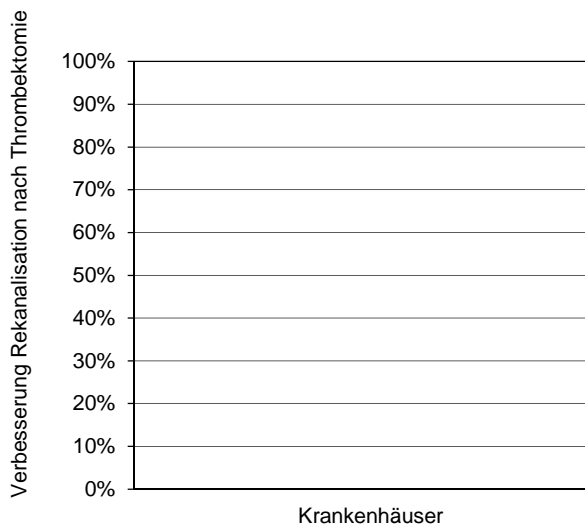
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,7	46,7	61,5	77,1	80,3	83,3	86,9	88,1	88,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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: 2024/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 Vertrauensbereich Referenzbereich			212 / 668	31,7%
		nicht definiert		28,2% - 35,4% nicht definiert

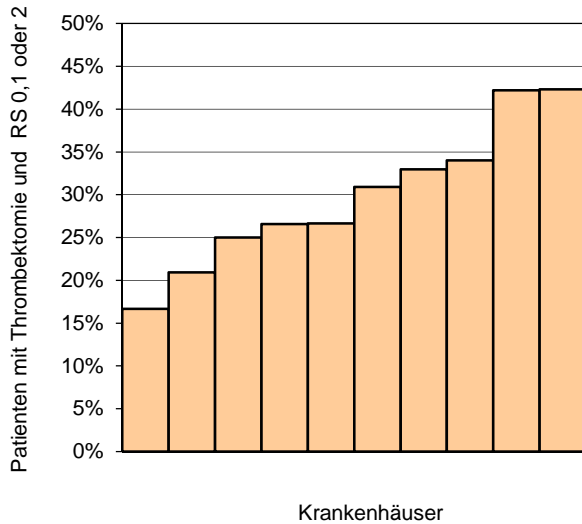
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 Vertrauensbereich			205 / 660	31,1%
				27,5% - 34,7%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2024/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:

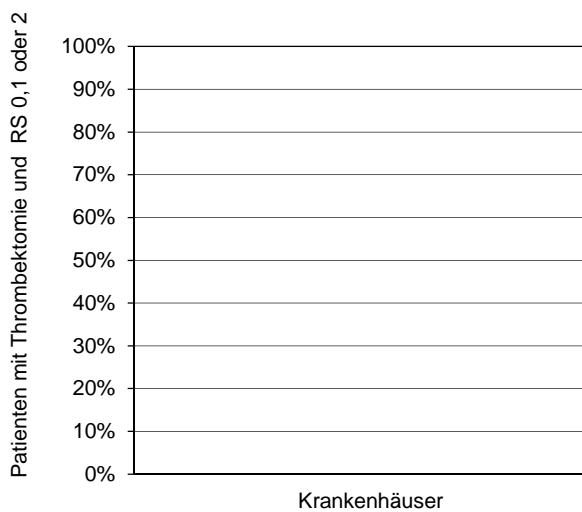
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,7	16,7	18,8	25,0	28,8	34,0	42,3	42,3	42,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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: 2024/apo_hh/83372

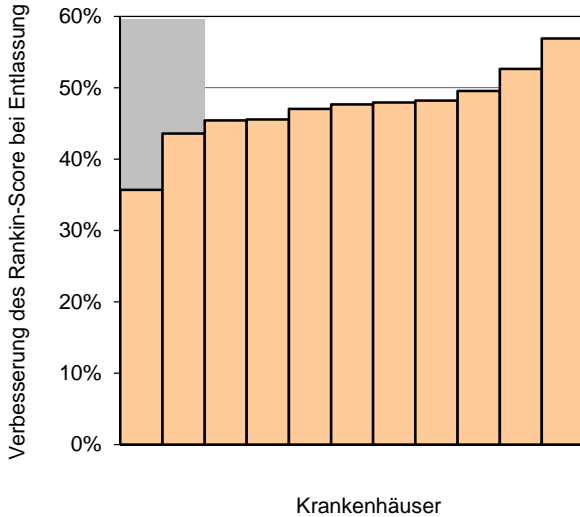
Referenzbereich: $\geq 45,0\%$

	Krankenhaus 2024	Gesamt 2024	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.357 / 9.037	 48,2%
Vertrauensbereich			47,2% - 49,2%
Referenzbereich	$\geq 45,0\%$		$\geq 45,0\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023	Gesamt 2023	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.532 / 8.948	 50,6%
Vertrauensbereich			49,6% - 51,7%

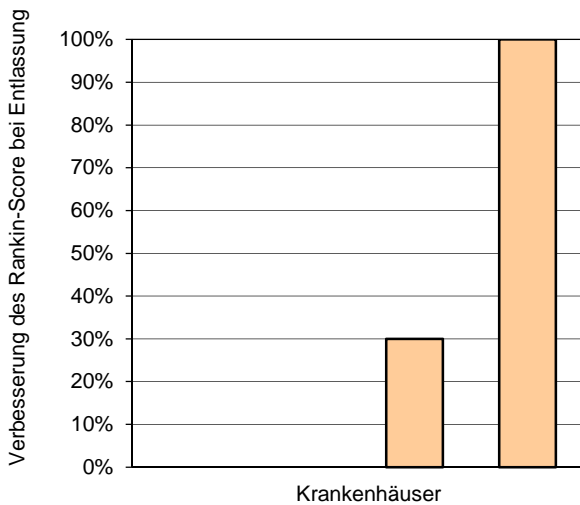
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2024/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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
	35,7	35,7	43,6	45,5	47,7	49,6	52,6	56,9	56,9

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	15,0	65,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2024

	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 2024

	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	1.399 15,5%	824 9,1%	574 6,4%	287 3,2%	123 1,4%	34 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	73 0,8%	520 5,8%	524 5,8%	285 3,2%	105 1,2%	43 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	32 0,4%	49 0,5%	506 5,6%	562 6,2%	189 2,1%	107 1,2%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	11 0,1%	19 0,2%	52 0,6%	443 4,9%	345 3,8%	126 1,4%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	4 0,0%	13 0,1%	28 0,3%	49 0,5%	295 3,3%	229 2,5%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	3 0,0%	7 0,1%	26 0,3%	58 0,6%	403 4,5%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Rankin bei Entlassung						

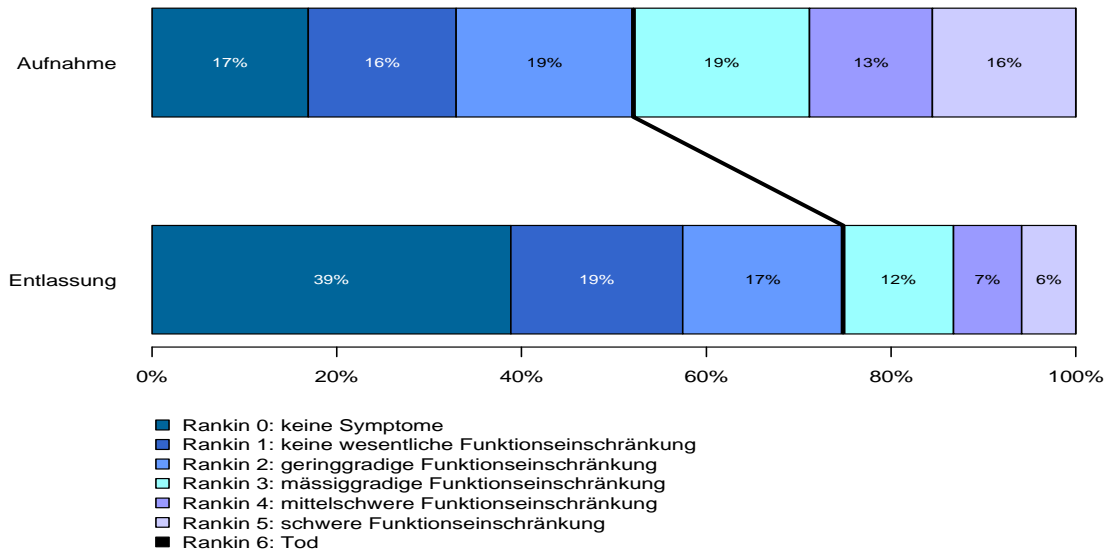
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2023**

	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 2023**

	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	1.390 15,5%	854 9,5%	592 6,6%	287 3,2%	106 1,2%	45 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	33 0,4%	466 5,2%	591 6,6%	296 3,3%	123 1,4%	55 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	16 0,2%	33 0,4%	473 5,3%	541 6,0%	210 2,3%	91 1,0%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	10 0,1%	11 0,1%	46 0,5%	396 4,4%	343 3,8%	151 1,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,0%	7 0,1%	25 0,3%	51 0,6%	266 3,0%	247 2,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	3 0,0%	5 0,1%	11 0,1%	32 0,4%	50 0,6%	416 4,6%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin bei Entlassung					

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: 2024/apo_hh/83295

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme ¹				
0 - <= 2 Stunden			2.259 / 9.037	25,0%
> 2 - <= 3 Stunden			541 / 9.037	6,0%
> 3 - <= 6 Stunden			686 / 9.037	7,6%
> 6 - <= 24 Stunden			856 / 9.037	9,5%
> 24 - <= 48 Stunden			294 / 9.037	3,3%
> 48 Stunden			455 / 9.037	5,0%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹			2.800 / 9.037	31,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹			2.665 / 8.948	29,8%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

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

Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Kennzahl-ID: 2024/apo_hh/151304

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion ¹				
0 - <= 30 Minuten			18 / 668	2,7%
> 30 - <= 60 Minuten			139 / 668	20,8%
> 60 - <= 90 Minuten			223 / 668	33,4%
> 90 - <= 120 Minuten			151 / 668	22,6%
> 120 - <= 180 Minuten			74 / 668	11,1%
> 180 Minuten			42 / 668	6,3%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹			157 / 668	23,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹			139 / 660	21,1%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Kennzahl 3: Door-to-door-time

Qualitätsziel: Möglichst kurze Verweildauer im Krankenhaus bis zur Verlegung zur Thrombektomie in ein anderes Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden

Kennzahl-ID: 2024/apo_hh/151311

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			70 / 9.037	0,8%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			33 / 70	47,1%
> 2 - <= 3 Stunden			11 / 70	15,7%
> 3 - <= 6 Stunden			11 / 70	15,7%
> 6 - <= 24 Stunden			9 / 70	12,9%
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 70	0,0%
> 48 Stunden			6 / 70	8,6%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				129,5 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				141,0 Min.

Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik¹

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

Kennzahl-ID: 2024/apo_hh/154383

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			29 / 1.067	2,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			23 / 1.051	2,2%

¹ Informationsgewinn über die Organisation der Schlaganfallversorgung in der Region.

Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt

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

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

Kennzahl-ID: 2024/apo_hh/154384

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			386 / 1.067	36,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			375 / 1.051	35,7%

Basisdaten

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.677	25,0	2.585	24,5
2. Quartal			2.757	25,7	2.648	25,1
3. Quartal			2.534	23,6	2.711	25,7
4. Quartal			2.749	25,7	2.615	24,8
Gesamt			10.717		10.559	

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

Patienten

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			8.630		8.542	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			4.424	51,3	4.420	51,7
weiblich			4.192	48,6	4.107	48,1
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			14	0,2	15	0,2

Aufnahme

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			8.551 / 10.717	79,8	8.420 / 10.559	79,7
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			407 / 10.717	3,8	404 / 10.559	3,8
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			41 / 10.717	0,4	41 / 10.559	0,4
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			29 / 10.717	0,3	24 / 10.559	0,2
nein, keine stationäre Erstversorgung			1.600 / 10.717	14,9	1.613 / 10.559	15,3
Inhouse-Schlaganfall			89 / 10.717	0,8	57 / 10.559	0,5
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			6.811	75,4	6.861	76,7
Sonnabend oder Sonntag			2.226	24,6	2.087	23,3
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			3.078	34,1	3.102	34,7
nein			5.803	64,2	5.689	63,6
nicht bestimmbar			156	1,7	157	1,8
Sprachstörung						
ja			2.125	23,5	2.108	23,6
nein			6.782	75,0	6.711	75,0
nicht bestimmbar			130	1,4	129	1,4
Motorische Ausfälle						
ja			4.064	45,0	4.071	45,5
nein			4.889	54,1	4.813	53,8
nicht bestimmbar			84	0,9	64	0,7
Schluckstörung						
ja			1.099	12,2	1.186	13,3
nein			7.356	81,4	7.179	80,2
nicht bestimmbar			582	6,4	583	6,5
Bewusstseinsstörung						
ja			768	8,5	775	8,7
nein			8.223	91,0	8.123	90,8
nicht bestimmbar			46	0,5	50	0,6

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			5.375	59,5	5.249	58,7
nein			3.662	40,5	3.699	41,3
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			1.197	22,3	1.146	21,8
> 1 - <= 2 Stunden			1.261	23,5	1.179	22,5
> 2 - <= 3 Stunden			542	10,1	523	10,0
> 3 - <= 3,5 Stunden			188	3,5	175	3,3
> 3,5 - <= 4 Stunden			143	2,7	151	2,9
> 4 - <= 6 Stunden			355	6,6	340	6,5
> 6 - <= 24 Stunden			856	15,9	867	16,5
> 24 - <= 48 Stunden			295	5,5	282	5,4
> 48 Stunden			455	8,5	489	9,3
wake up stroke						
ja			1.310	35,8	1.255	33,9
nein			2.352	64,2	2.444	66,1

Diagnostik

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			11	0,1	14	0,2
1. Bildgebung extern			686	7,6	637	7,1
1. Bildgebung intern			8.340	92,3	8.297	92,7
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			3.103	37,2	3.299	39,8
CCT mit CTA			4.924	59,0	4.674	56,3
MRT			213	2,6	200	2,4
MRT mit MRA			100	1,2	124	1,5
Gefäßverschluss						
ja			1.328	14,7	1.318	14,7
nein			7.709	85,3	7.630	85,3
Thrombektomie						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			637	95,4	619	93,8
nein			28	4,2	25	3,8
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
Art des Gefäßverschlusses						
Carotis T			109	17,1	81	13,1
M1			280	43,9	289	46,7
M2			126	19,7	117	18,9
Basilaris			39	6,1	40	6,5
Sonstige			84	13,2	92	14,9
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			530	83,1	536	86,6
nein			108	16,9	83	13,4
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar, da Verlegung			81	0,9	76	0,8
<= 24 Stunden			3.740	41,4	3.617	40,4
> 24 Stunden			5.216	57,7	5.255	58,7

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße						
extrakraniell			8.344	93,1	8.269	93,1
Intrakraniell			8.337	93,0	8.264	93,1
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt						
ja			7.982	89,0	7.909	89,1
nein			933	10,4	924	10,4
nicht durchführbar			50	0,6	48	0,5
Vorhofflimmern			2.271	25,3	2.281	25,7
Komplikationen - Pneumonie						
nein			8.191	91,4	8.081	91,0
ja			774	8,6	800	9,0
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis						
nein			8.624	96,2	8.438	95,0
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			116	1,3	119	1,3
Stenting im Verlauf			54	0,6	65	0,7
TEA			113	1,3	107	1,2

Diagnose(n) ICD-10-GM 2024¹

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.733	63,4	5.838	65,2
TIA			2.563	28,4	2.458	27,5
ICB			741	8,2	652	7,3
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			1.530	16,9	1.466	16,4
Rankin 1			1.445	16,0	1.397	15,6
Rankin 2			1.734	19,2	1.780	19,9
Rankin 3			1.723	19,1	1.682	18,8
Rankin 4			1.202	13,3	1.171	13,1
Rankin 5			1.403	15,5	1.452	16,2
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			3.229	38,8	3.268	39,7
Rankin 1			1.546	18,6	1.563	19,0
Rankin 2			1.444	17,4	1.361	16,5
Rankin 3			994	12,0	954	11,6
Rankin 4			614	7,4	595	7,2
Rankin 5			487	5,9	501	6,1

Rehabilitation

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			7.162	79,9	7.239	81,5
> Tag 2 nach Aufnahme			111	1,2	171	1,9
keine			1.692	18,9	1.471	16,6
Beginn Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.762	75,4	6.809	76,7
> Tag 2 nach Aufnahme			112	1,2	150	1,7
keine			2.091	23,3	1.922	21,6

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			2.297	25,6	2.329	26,2
Thrombozyten- aggregationshemmer			6.329	70,6	6.487	73,0
Antihypertensiva			7.217	80,5	7.046	79,3
Antidiabetika			1.703	19,0	1.600	18,0
Statine			7.978	89,0	7.873	88,6

Entlassung

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart						
nach Hause			5.481	61,1	5.472	61,6
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			2.062	23,0	1.947	21,9
andere Abteilung			261	2,9	256	2,9
externe Akut-Klinik			105	1,2	115	1,3
Pflegeeinrichtung			510	5,7	565	6,4
verstorben			546	6,1	526	5,9
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik						
zur Thrombektomie			6	5,4	7	5,6
zur Desobliteration der A. carotis			25	22,5	32	25,8
zur Hemikraniektomie			10	9,0	15	12,1
aus anderen Gründen			70	63,1	70	56,5
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			296	54,2	294	55,8
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			250	45,8	233	44,2
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			9.037	100,0	8.948	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>7,6 Tage</i>		<i>8,4 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>5,0 Tage</i>		<i>5,0 Tage</i>	

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			7.449	83,1	7.355	82,8
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			71	0,8	48	0,5
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			777	8,7	819	9,2
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			71	0,8	80	0,9
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			258	2,9	300	3,4
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			339	3,8	279	3,1
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			642	53,2	689	54,2
> 30 - <= 60 Minuten			337	27,9	339	26,7
> 1 - <= 2 Stunden			81	6,7	93	7,3
> 2 - <=3 Stunden			12	1,0	11	0,9
> 3 - <=4 Stunden			4	0,3	7	0,6
> 4 - <= 6 Stunden			4	0,3	5	0,4
> 6 Stunden			126	10,4	127	10,0
keine Lyse durchgeführt			7.788	86,9	7.634	86,0
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			4.258	47,1	4.114	46,0
> 30 - <= 60 Minuten			1.251	13,8	1.201	13,4
> 1 - <= 3 Stunden			1.631	18,0	1.818	20,3
> 3 - <= 6 Stunden			664	7,3	722	8,1
> 6 Stunden			524	5,8	426	4,8
1. Bildgebung vor Aufnahme			686	7,6	637	7,1
keine Bildgebung erfolgt			11	0,1	14	0,2
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			4.716	56,7	4.662	56,6
3 - 8 (mittel)			2.461	29,6	2.401	29,1
9 - 20 (schwerwiegend)			944	11,4	999	12,1
> 20 (sehr schwerwiegend)			148	1,8	140	1,7
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2024		Gesamt 2024		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			7.980	88,3	7.877	88,0
Antihypertensiva			7.223	79,9	7.053	78,8
Antidiabetika			1.705	18,9	1.601	17,9
keine Angabe			66	0,7	56	0,6
Versorgungssituation vor Akutereignis						
unabhängig zu Hause			7.473	82,7	7.384	82,5
Pflege zu Hause			889	9,8	826	9,2
Pflege in Institution			673	7,4	736	8,2
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2024.

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 2024 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2023 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 2023 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2024 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.

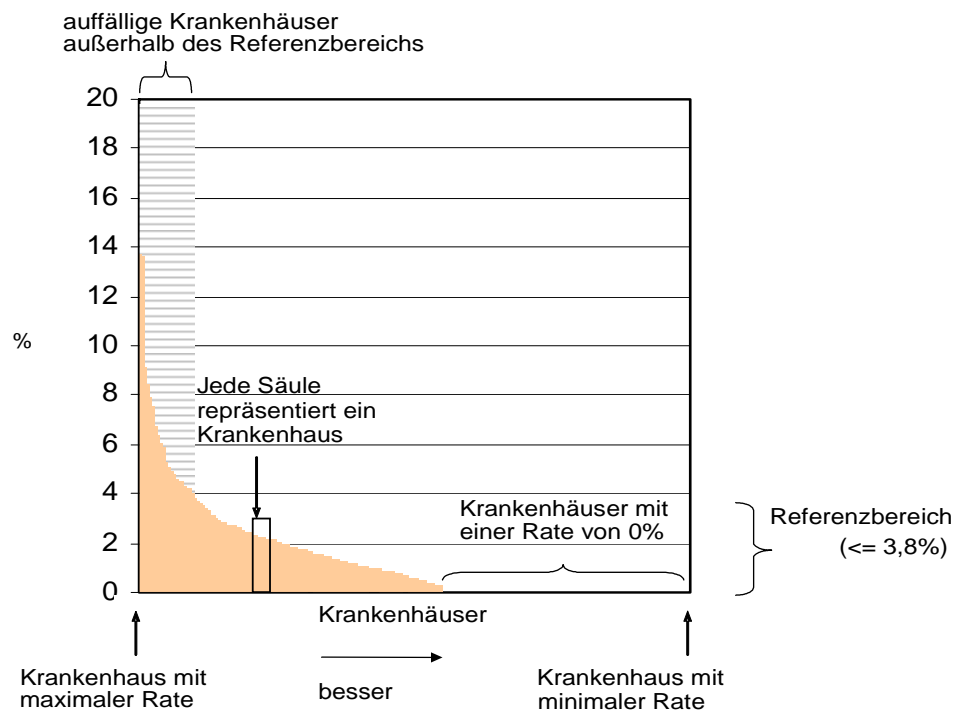
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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