

Auswertung 2. Quartal 2021 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 8
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.069
Datensatzversion: apo_hh 2021 5.1
Datenbankstand: 02. August 2021
2021 - D18688-L120716-P56053

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 2021 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 2020 im II. Quartal stationär entlassen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2021/apo_hh/83284 QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			93,9%	>= 80,0%	7
2021/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			91,9%	>= 80,0%	9
2021/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			98,3%	>= 90,0%	11
2021/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			92,5%	>= 80,0%	13
2021/apo_hh/83292 QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA			98,8%	>= 95,0%	15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Krankenhaussterblichkeit					
2021/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2021/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			1,3%	<= 4,0%	17
2021/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			6,4%	<= 25,0%	17
2021/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			85,1%	>= 80,0%	22
QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden					
2021/apo_hh/103490			69,9%	>= 65,0%	24
2021/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹			74,4%	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					
2021/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			54,7%	>= 42,0%	29
2021/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			83,9%	>= 80,0%	29
2021/apo_hh/151296					
QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie					
			81,7%	>= 63,0%	33
2021/apo_hh/151297					
QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie					
			30,0%	nicht definiert	35
2021/apo_hh/83372					
QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			47,9%	>= 45,0%	37

Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2021/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			28,8%	-	44
2021/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			21,7%	-	45
2021/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			1.262,0 Min.	-	46
2021/apo_hh/154383 Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik			7,5%	-	47
2021/apo_hh/154384 Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt			48,4%	-	48

Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Indikator-ID: 2021/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			215 / 229	93,9% 89,9% - 96,6% >= 80,0%

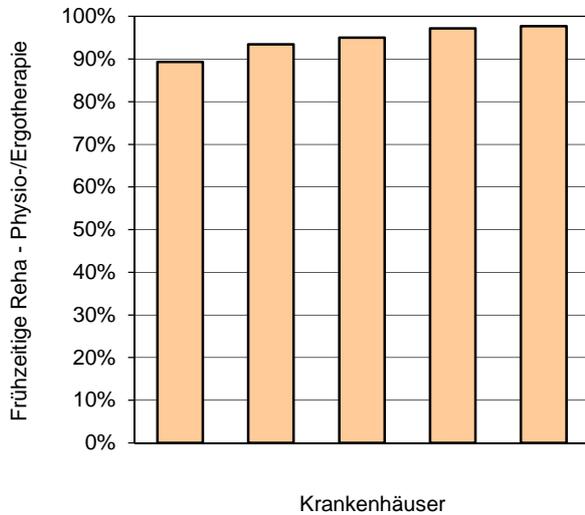
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			529 / 570	92,8% 90,4% - 94,8%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2021/apo_hh/83284]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

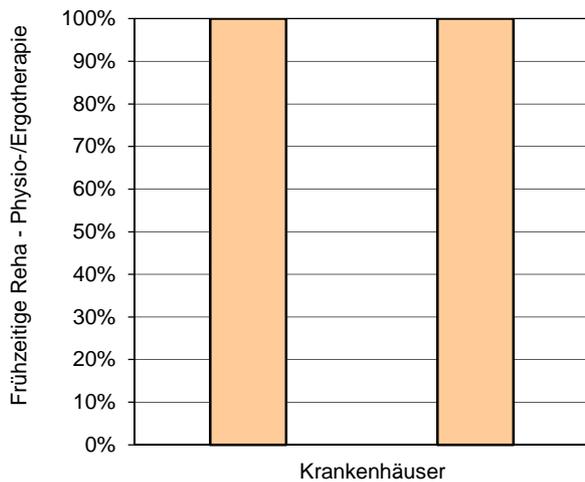
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,3	89,3	89,3	93,5	95,0	97,2	97,7	97,7	97,7

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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

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

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

Indikator-ID: 2021/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			249 / 271	91,9% 88,0% - 94,9% >= 80,0%

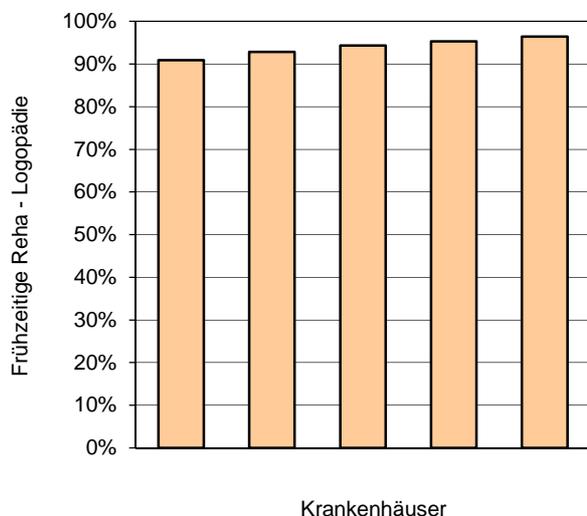
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			555 / 603	92,0% 89,6% - 94,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2021/apo_hh/83285]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

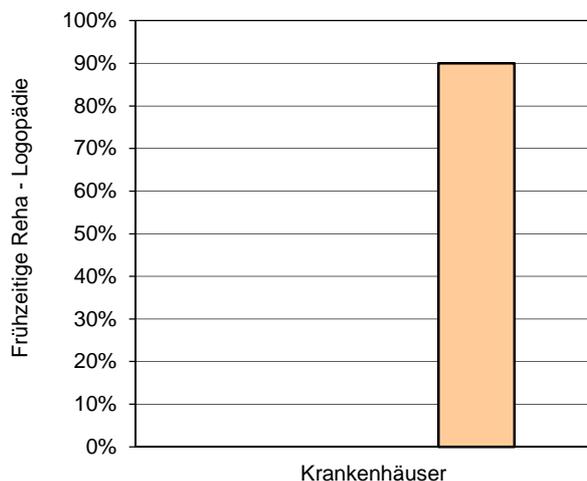
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,9	90,9	90,9	92,9	94,3	95,3	96,4	96,4	96,4

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	45,0	90,0	90,0	90,0	90,0

1 Krankenhaus hat 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: 2021/apo_hh/83287

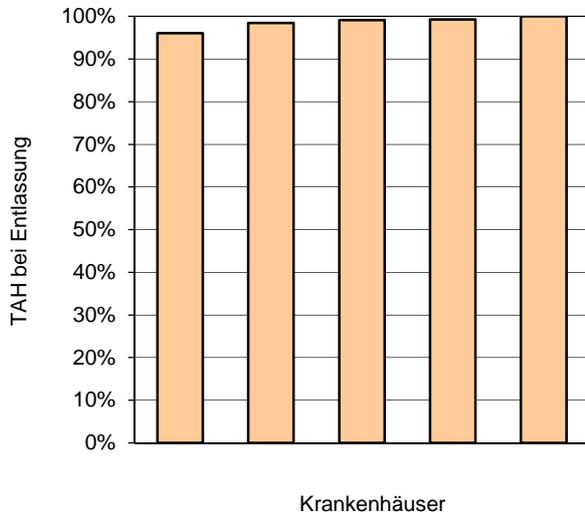
Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			635 / 646	98,3%
Vertrauensbereich				97,0% - 99,2%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.316 / 1.345	97,8%
Vertrauensbereich				96,9% - 98,6%

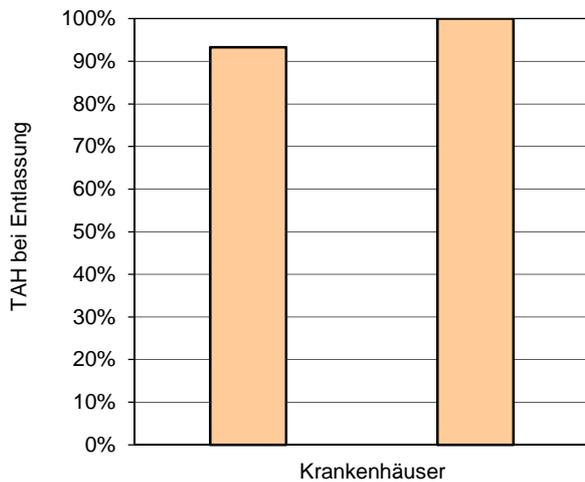
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2021/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,1	96,1	96,1	98,5	99,2	99,3	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,3	93,3	93,3	93,3	96,7	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Indikator-ID: 2021/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			136 / 147	92,5%
Vertrauensbereich				87,0% - 96,2%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

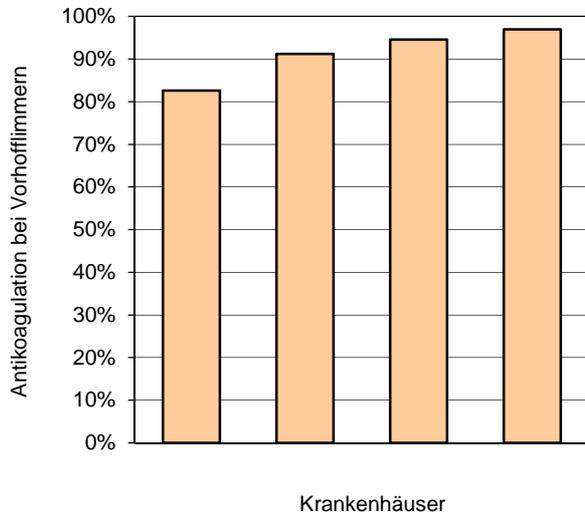
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			283 / 311	91,0%
Vertrauensbereich				87,2% - 93,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2021/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:

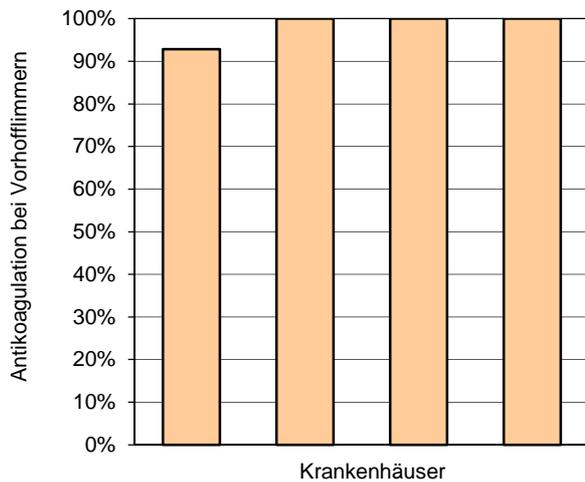
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,6	82,6	82,6	86,9	92,9	95,8	97,0	97,0	97,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,9	92,9	92,9	96,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 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: 2021/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 95,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			882 / 893	98,8% 97,8% - 99,4% >= 95,0%

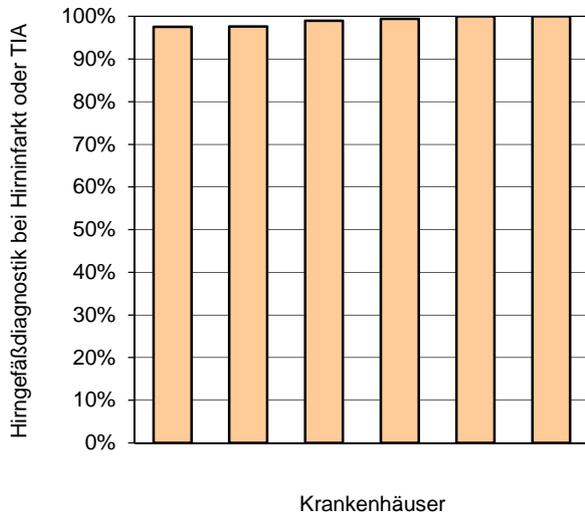
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			1.881 / 1.907	98,6% 98,0% - 99,1%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2021/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:

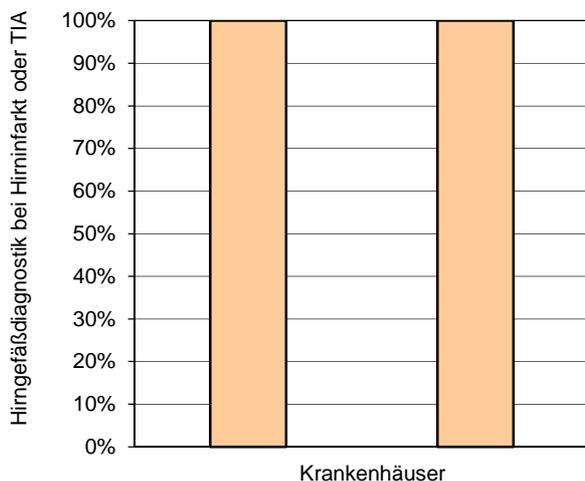
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,5	97,5	97,5	97,6	99,2	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

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

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

Indikator-ID:
 Gruppe 1: 2021/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2021/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2021/apo_hh/83386

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

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich Referenzbereich	 <= 0,5%	 <= 4,0%	 <= 25,0%

	Gesamt 2021 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 306 0,0% 0,0% - 1,2% <= 0,5%	8 / 597 1,3% 0,6% - 2,6% <= 4,0%	5 / 78 6,4% 2,1% - 14,4% <= 25,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2020 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 ¹	Gesamt 2020 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 / 572 0,0% 0,0% - 0,6%	27 / 1.346 2,0% 1,3% - 2,9%	4 / 182 2,2% 0,6% - 5,6%

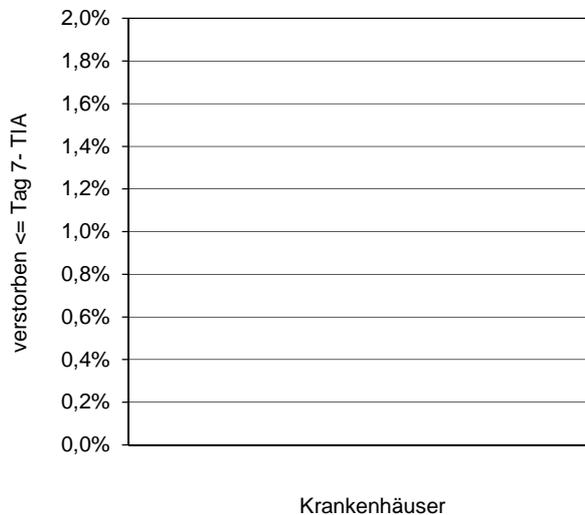
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2021/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:

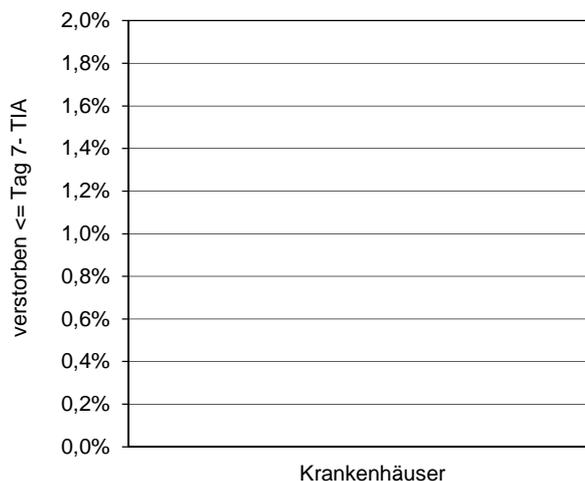
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

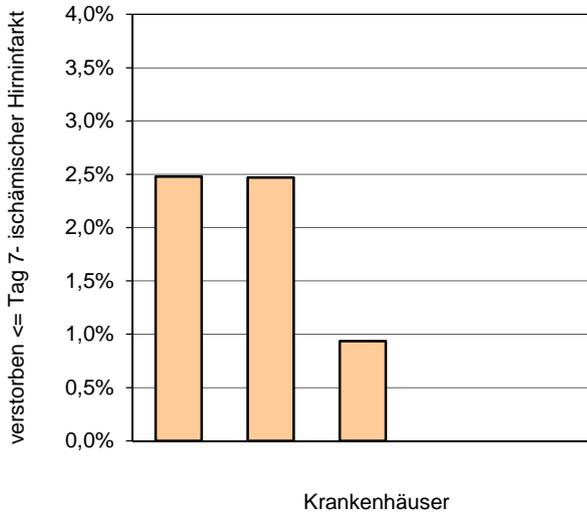
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2021/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:

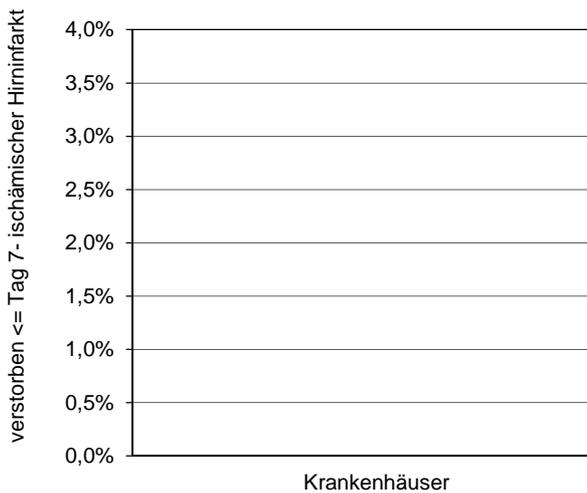
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

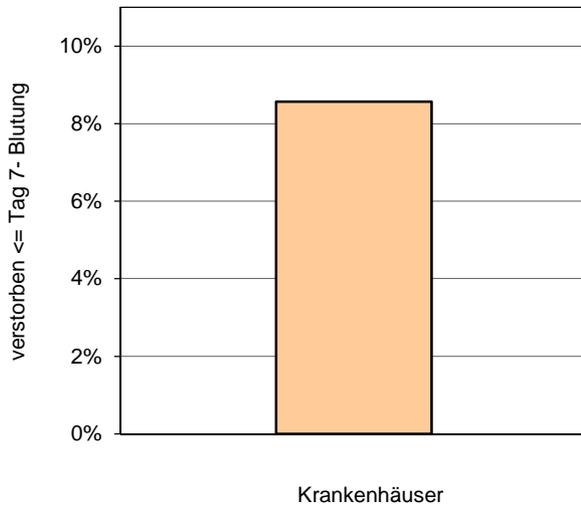
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2021/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:

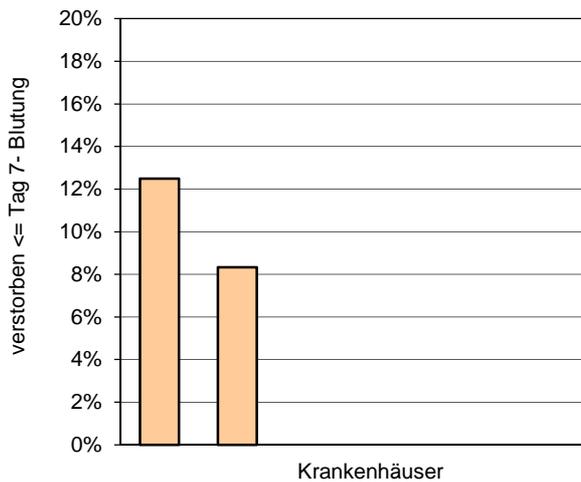
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	12,5	12,5	12,5

1 Krankenhaus hat 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: 2021/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			481 / 565	85,1%
Vertrauensbereich				81,9% - 88,0%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

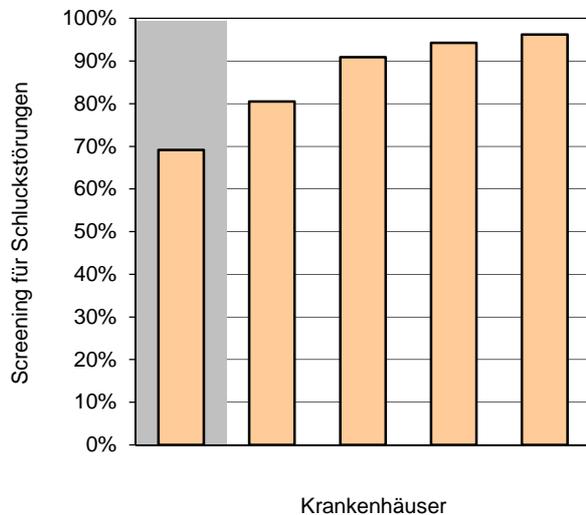
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.121 / 1.240	90,4%
Vertrauensbereich				88,6% - 92,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2021/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:

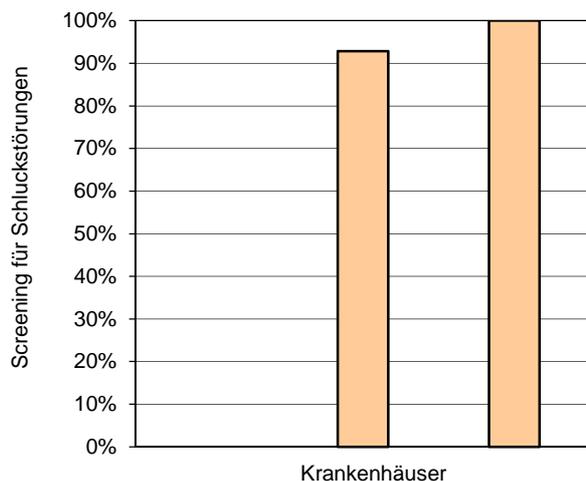
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,2	69,2	69,2	80,5	90,9	94,3	96,2	96,2	96,2

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	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0

0 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: 2021/apo_hh/103490

Referenzbereich: >= 65,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			137 / 196	69,9%
Vertrauensbereich				62,9% - 76,2%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			303 / 476	63,7%
Vertrauensbereich				59,2% - 68,0%

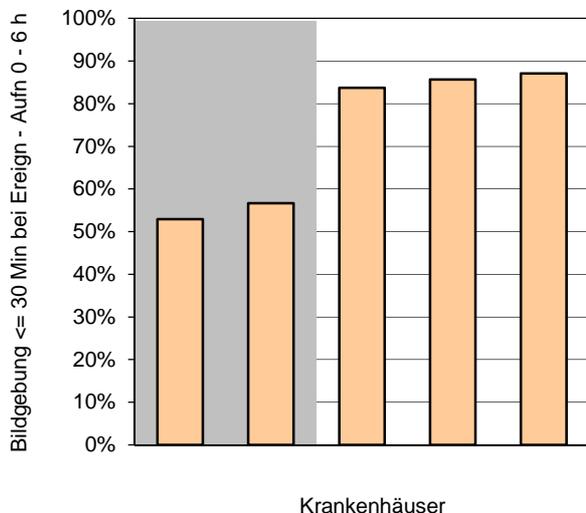
	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			13 / 196	6,6%
> 1 bis 3 Stunden			17 / 196	8,7%
> 3 bis 6 Stunden			6 / 196	3,1%
> 6 Stunden			4 / 196	2,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme			19 / 196	9,7%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 196	0,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2021/apo_hh/103490]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

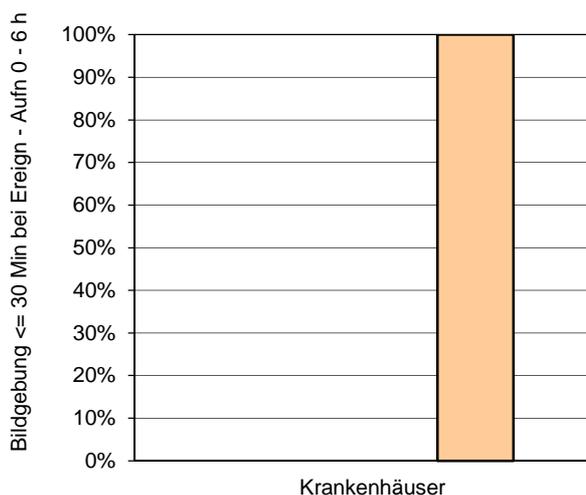
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,9	52,9	52,9	56,7	83,7	85,7	87,1	87,1	87,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

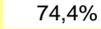
Qualitätsindikator 9: Thrombolyserate

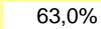
Qualitätsziel: Hoher Anteil an potentiell geeigneten Patienten, die eine Thrombolyse erhalten

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

Indikator-ID: 2021/apo_hh/83311

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

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			61 / 82	 74,4%
Vertrauensbereich				63,5% - 83,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			136 / 216	 63,0%
Vertrauensbereich				56,1% - 69,4%

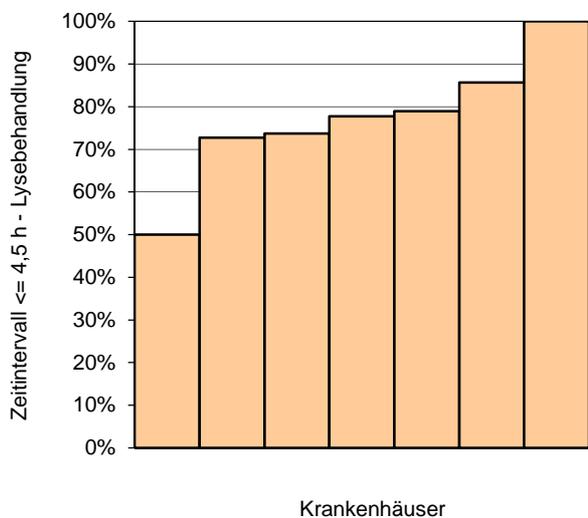
¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 2021/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:

7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	72,7	77,8	85,7	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat 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:	2021/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2021/apo_hh/103509
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 42,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			47 / 86	54,7%
Vertrauensbereich				43,5% - 65,5%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			78 / 93	83,9%
Vertrauensbereich				74,7% - 90,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			91 / 220	41,4%
Vertrauensbereich				34,8% - 48,2%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			192 / 226	85,0%
Vertrauensbereich				79,6% - 89,4%

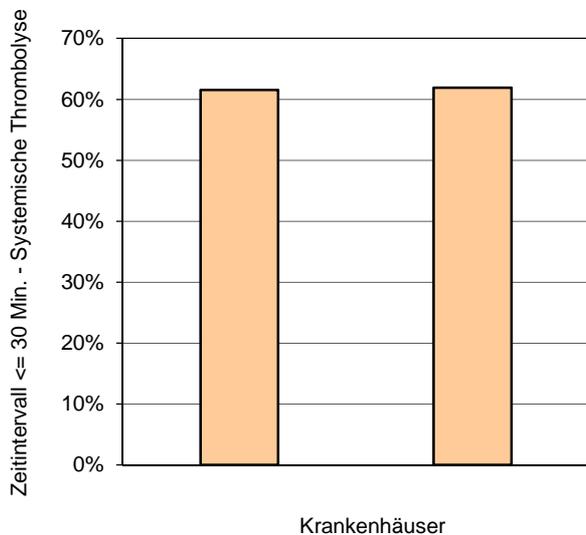
	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			25 / 93	26,9%
> 1 - 2 Stunden			7 / 93	7,5%
> 2 - 3 Stunden			2 / 93	2,2%
> 3 - 4 Stunden			0 / 93	0,0%
> 4 - 6 Stunden			1 / 93	1,1%
> 6 Stunden			5 / 93	5,4%
keine Lyse durchgeführt			0 / 93	0,0%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2021/apo_hh/103508]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

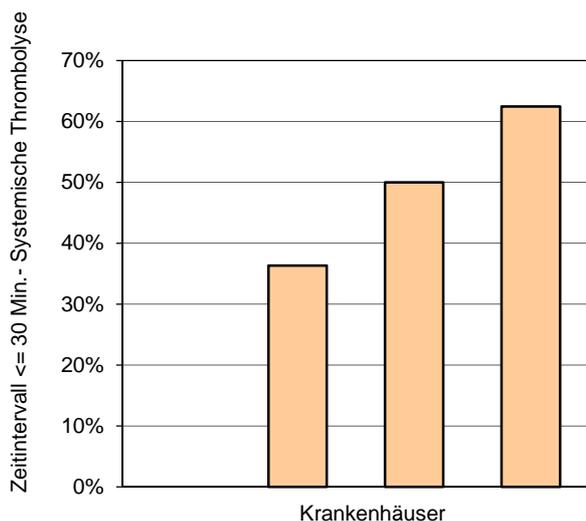
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,5	61,5	61,5	61,5	61,7	61,9	61,9	61,9	61,9

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	18,2	43,2	56,3	62,5	62,5	62,5

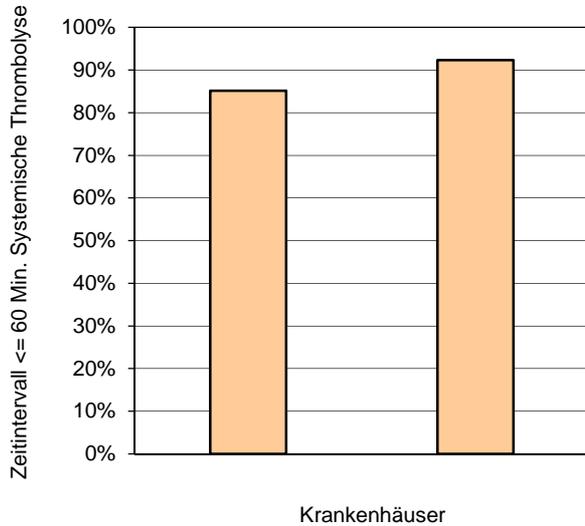
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2021/apo_hh/103509]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

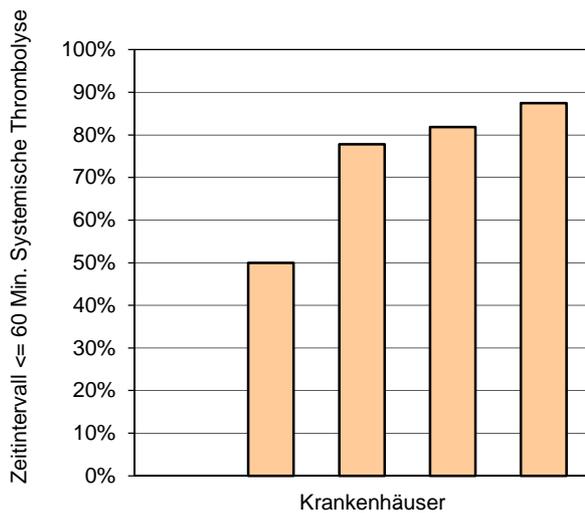
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,2	85,2	85,2	85,2	88,7	92,3	92,3	92,3	92,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	50,0	77,8	81,8	87,5	87,5	87,5

1 Krankenhaus hat 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: 2021/apo_hh/151296

Referenzbereich: >= 63,0%

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			49 / 60	81,7%
Vertrauensbereich				69,5% - 90,5%
Referenzbereich		>= 63,0%		>= 63,0%

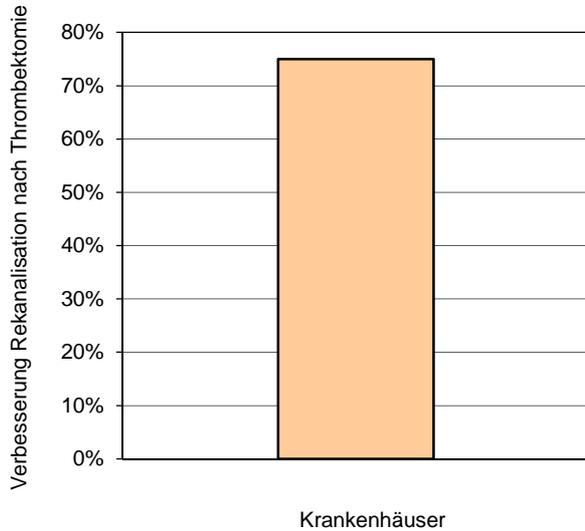
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			93 / 123	75,6%
Vertrauensbereich				67,0% - 82,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2021/apo_hh/151296]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

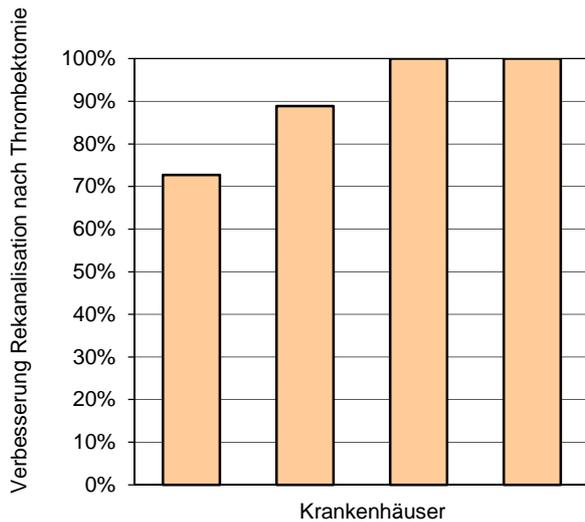
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,7	72,7	72,7	80,8	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0

3 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: 2021/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			18 / 60	30,0%
Vertrauensbereich				18,8% - 43,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

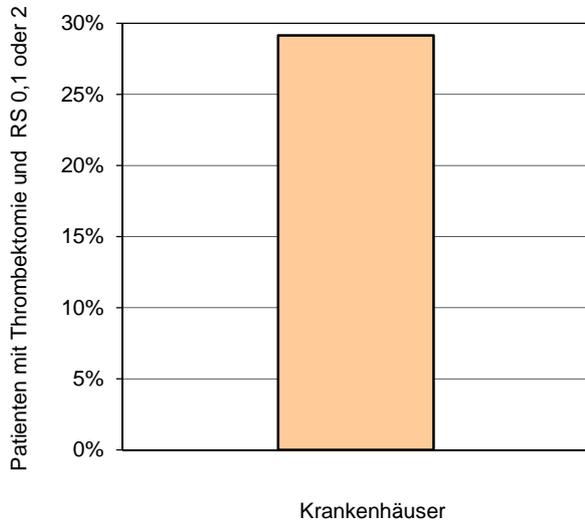
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			32 / 123	26,0%
Vertrauensbereich				18,5% - 34,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2021/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:

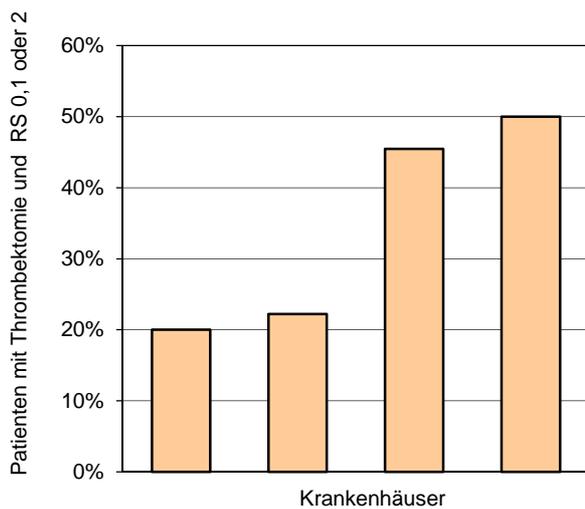
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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
	20,0	20,0	20,0	21,1	33,8	47,7	50,0	50,0	50,0

3 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: 2021/apo_hh/83372

Referenzbereich: $\geq 45,0\%$

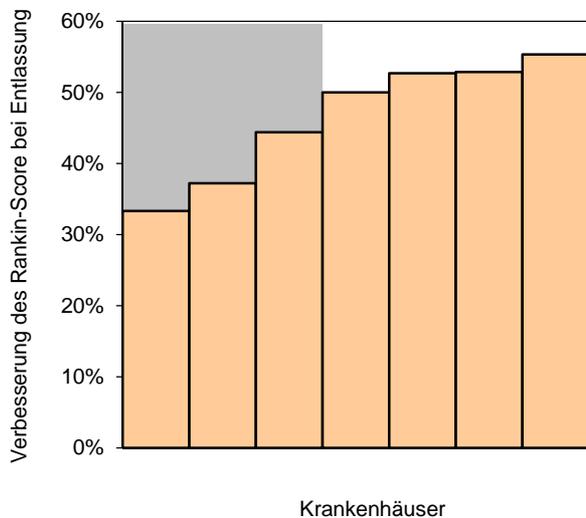
	Krankenhaus 2021 II. Quartal	Gesamt 2021 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		470 / 981	 47,9%
Vertrauensbereich			44,7% - 51,1%
Referenzbereich	$\geq 45,0\%$		$\geq 45,0\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal	Gesamt 2020 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		928 / 2.100	 44,2%
Vertrauensbereich			42,1% - 46,3%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2021/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

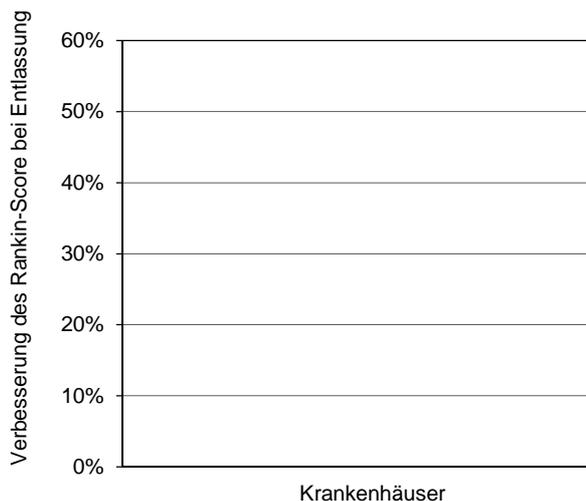
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	37,2	50,0	52,9	55,3	55,3	55,3

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2021 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 2021 II. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	201 20,5%	109 11,1%	54 5,5%	31 3,2%	9 0,9%	9 0,9%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	3 0,3%	61 6,2%	63 6,4%	16 1,6%	8 0,8%	6 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	5 0,5%	64 6,5%	58 5,9%	14 1,4%	13 1,3%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	3 0,3%	2 0,2%	9 0,9%	32 3,3%	39 4,0%	14 1,4%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	1 0,1%	1 0,1%	7 0,7%	25 2,5%	27 2,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	4 0,4%	2 0,2%	6 0,6%	27 2,8%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin bei Entlassung					

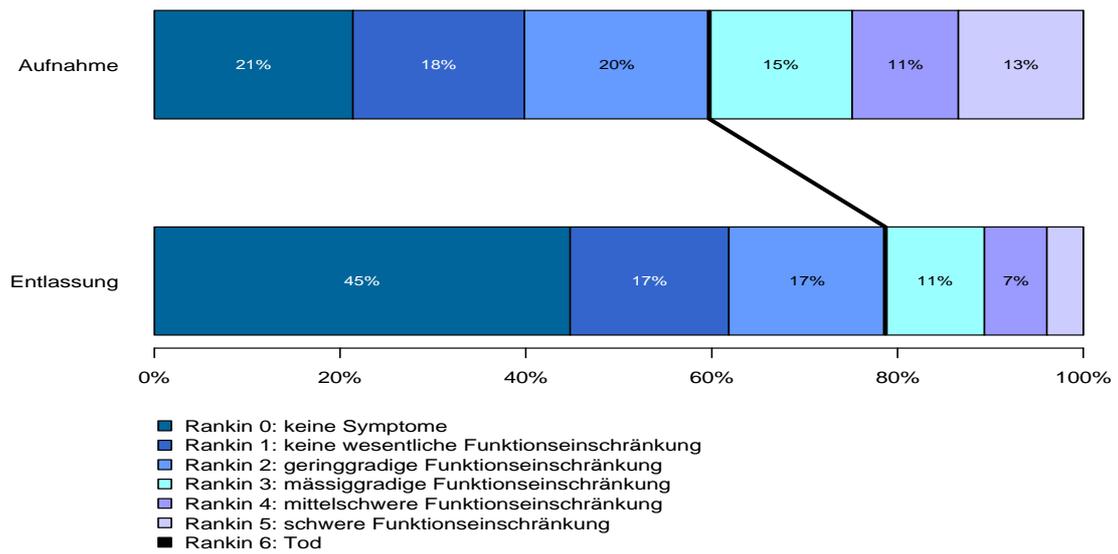
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2020 II. Quartal**

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

Vorjahresdaten
Gesamt 2020 II. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	379 18,0%	181 8,6%	114 5,4%	49 2,3%	18 0,9%	7 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	16 0,8%	124 5,9%	131 6,2%	78 3,7%	22 1,0%	6 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	9 0,4%	12 0,6%	134 6,4%	103 4,9%	32 1,5%	17 0,8%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	3 0,1%	16 0,8%	92 4,4%	62 3,0%	38 1,8%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	4 0,2%	3 0,1%	3 0,1%	22 1,0%	74 3,5%	70 3,3%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	3 0,1%	8 0,4%	11 0,5%	98 4,7%
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: 2021/apo_hh/83295

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			230 / 981	23,4%
> 2 - <= 3 Stunden			53 / 981	5,4%
> 3 - <= 6 Stunden			71 / 981	7,2%
> 6 - <= 24 Stunden			77 / 981	7,8%
> 24 - <= 48 Stunden			26 / 981	2,7%
> 48 Stunden			37 / 981	3,8%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			283 / 981	28,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			587 / 2.100	28,0%

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

Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Kennzahl-ID: 2021/apo_hh/151304

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			3 / 60	5,0%
> 30 - <= 60 Minuten			10 / 60	16,7%
> 60 - <= 90 Minuten			23 / 60	38,3%
> 90 - <= 120 Minuten			15 / 60	25,0%
> 120 - <= 180 Minuten			2 / 60	3,3%
> 180 Minuten			7 / 60	11,7%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			13 / 60	21,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			35 / 123	28,5%

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: 2021/apo_hh/151311

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			11 / 981	1,1%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			0 / 11	0,0%
> 2 - <= 3 Stunden			0 / 11	0,0%
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 11	0,0%
> 6 - <= 24 Stunden			1 / 11	9,1%
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 11	0,0%
> 48 Stunden			0 / 11	0,0%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				1.262,0 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				150,0 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: 2021/apo_hh/154383

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			7 / 93	7,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			5 / 238	2,1%

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: 2021/apo_hh/154384

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			45 / 93	48,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2020 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			75 / 238	31,5%

Basisdaten

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			1.040	97,3	2.151	87,5
3. Quartal			29	2,7	302	12,3
4. Quartal			0	0,0	4	0,2
Gesamt			1.069		2.457	

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

Patienten

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			901		1.980	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			458	50,8	1.017	51,4
weiblich			443	49,2	963	48,6
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			0	0,0	0	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			890 / 1.069	83,3	1.965 / 2.457	80,0
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			80 / 1.069	7,5	120 / 2.457	4,9
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			4 / 1.069	0,4	9 / 2.457	0,4
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			7 / 1.069	0,7	6 / 2.457	0,2
nein, keine stationäre Aufnahme			88 / 1.069	8,2	357 / 2.457	14,5
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			747	76,1	1.582	75,3
Sonnabend oder Sonntag			234	23,9	518	24,7
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			312	31,8	635	30,2
nein			649	66,2	1.405	66,9
nicht bestimmbar			20	2,0	60	2,9
Sprachstörung						
ja			222	22,6	525	25,0
nein			741	75,5	1.524	72,6
nicht bestimmbar			18	1,8	51	2,4
Motorische Ausfälle						
ja			401	40,9	950	45,2
nein			570	58,1	1.120	53,3
nicht bestimmbar			10	1,0	30	1,4
Schluckstörung						
ja			116	11,8	318	15,1
nein			788	80,3	1.648	78,5
nicht bestimmbar			77	7,8	134	6,4
Bewusstseinsstörung						
ja			86	8,8	231	11,0
nein			893	91,0	1.855	88,3
nicht bestimmbar			2	0,2	14	0,7

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			529	53,9	1.164	55,4
nein			452	46,1	936	44,6
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			128	24,2	269	23,1
> 1 - <= 2 Stunden			130	24,6	242	20,8
> 2 - <= 3 Stunden			53	10,0	142	12,2
> 3 - <= 3,5 Stunden			21	4,0	42	3,6
> 3,5 - <= 4 Stunden			8	1,5	38	3,3
> 4 - <= 6 Stunden			42	7,9	86	7,4
> 6 - <= 24 Stunden			77	14,6	181	15,5
> 24 - <= 48 Stunden			26	4,9	60	5,2
> 48 Stunden			37	7,0	88	7,6
wake up stroke						
ja			111	24,6	281	30,0
nein			341	75,4	655	70,0

Diagnostik

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			5	0,5	9	0,4
1. Bildgebung extern			90	9,2	145	6,9
1. Bildgebung intern			886	90,3	1.946	92,7
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			404	45,6	985	50,6
CCT mit CTA			439	49,5	891	45,8
MRT			23	2,6	26	1,3
MRT mit MRA			20	2,3	44	2,3
Gefäßverschluss						
ja			143	14,6	321	15,3
nein			838	85,4	1.779	84,7
Thrombektomie						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			59	98,3	118	95,9
nein			1	1,7	5	4,1
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
Art des Gefäßverschlusses						
Carotis T			12	20,3	24	20,3
M1			24	40,7	55	46,6
M2			12	20,3	22	18,6
Basilaris			6	10,2	11	9,3
Sonstige			5	8,5	6	5,1
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			49	83,1	93	78,8
nein			10	16,9	25	21,2
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar da Verlegung			22	2,2	26	1,2
<= 24 Stunden			467	47,6	865	41,2
> 24 Stunden			492	50,2	1.209	57,6

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße						
extrakraniell			884	91,1	1.899	91,1
Intrakraniell			876	90,3	1.888	90,6
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt						
ja			807	83,2	1.803	86,5
nein			161	16,6	250	12,0
nicht durchführbar			2	0,2	32	1,5
Vorhofflimmern			218	22,5	544	26,1
Komplikationen - Pneumonie						
nein			927	95,6	1.928	92,5
ja			43	4,4	157	7,5
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis						
nein			935	96,4	2.009	96,4
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			14	1,4	25	1,2
Stenting im Verlauf			11	1,1	34	1,6
TEA			10	1,0	17	0,8

Diagnose(n) ICD-10-GM 2021¹

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			597	60,9	1.346	64,1
TIA			306	31,2	572	27,2
ICB			78	8,0	182	8,7
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			210	21,4	413	19,7
Rankin 1			181	18,5	327	15,6
Rankin 2			195	19,9	406	19,3
Rankin 3			151	15,4	362	17,2
Rankin 4			112	11,4	244	11,6
Rankin 5			132	13,5	348	16,6
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			412	44,8	748	38,6
Rankin 1			157	17,1	375	19,4
Rankin 2			155	16,8	307	15,9
Rankin 3			98	10,7	212	11,0
Rankin 4			62	6,7	176	9,1
Rankin 5			36	3,9	118	6,1

Rehabilitation

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			735	75,8	1.639	78,6
> Tag 2 nach Aufnahme			12	1,2	60	2,9
keine			223	23,0	386	18,5
Beginn Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			684	70,5	1.581	75,8
> Tag 2 nach Aufnahme			9	0,9	54	2,6
keine			277	28,6	450	21,6

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			220	22,7	519	24,9
Thrombozyten- aggregationshemmer			717	73,9	1.511	72,5
Antihypertensiva			721	74,3	1.643	78,8
Antidiabetika			175	18,0	380	18,2
Statine			858	88,5	1.791	85,9

Entlassung

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart						
nach Hause			620	63,9	1.222	58,6
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			220	22,7	523	25,1
andere Abteilung			32	3,3	72	3,5
externe Akut-Klinik			7	0,7	25	1,2
Pflegeeinrichtung			47	4,8	119	5,7
verstorben			44	4,5	124	5,9
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik						
zur Thrombektomie			0	0,0	3	12,0
zur Desobliteration der A. carotis			1	14,3	4	16,0
zur Hemikraniektomie			0	0,0	3	12,0
aus anderen Gründen			6	85,7	15	60,0
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			28	63,6	69	55,6
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			16	36,4	55	44,4
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			981	100,0	2.100	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>7,3 Tage</i>		<i>8,0 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 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie¹						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			833	85,9	1.760	84,4
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			12	1,2	25	1,2
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			65	6,7	177	8,5
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			19	2,0	33	1,6
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			21	2,2	43	2,1
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			20	2,1	47	2,3
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			41	39,8	75	31,1
> 30 - <= 60 Minuten			23	22,3	84	34,9
> 1 - <= 2 Stunden			6	5,8	21	8,7
> 2 - <=3 Stunden			1	1,0	5	2,1
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	1	0,4
> 4 - <= 6 Stunden			3	2,9	1	0,4
> 6 Stunden			29	28,2	54	22,4
keine Lyse durchgeführt			833	85,9	1.760	84,4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			409	41,7	848	40,4
> 30 - <= 60 Minuten			131	13,4	339	16,1
> 1 - <= 3 Stunden			187	19,1	470	22,4
> 3 - <= 6 Stunden			93	9,5	161	7,7
> 6 Stunden			66	6,7	128	6,1
1. Bildgebung vor Aufnahme			90	9,2	145	6,9
keine Bildgebung erfolgt			5	0,5	9	0,4
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			559	60,8	1.105	57,1
3 - 8 (mittel)			238	25,9	550	28,4
9 - 20 (schwerwiegend)			109	11,8	224	11,6
> 20 (sehr schwerwiegend)			8	0,9	46	2,4
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2021 II. Quartal		Gesamt 2021 II. Quartal		Gesamt 2020 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			859	87,6	1.791	85,3
Antihypertensiva			722	73,6	1.643	78,2
Antidiabetika			175	17,8	380	18,1
keine Angabe			10	1,0	15	0,7
Versorgungssituation vor Akutereignis						
unabhängig zu Hause			815	83,1	1.731	82,4
Pflege zu Hause			94	9,6	173	8,2
Pflege in Institution			72	7,3	196	9,3
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2021.

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 2021 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2020 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 2020 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2021 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.

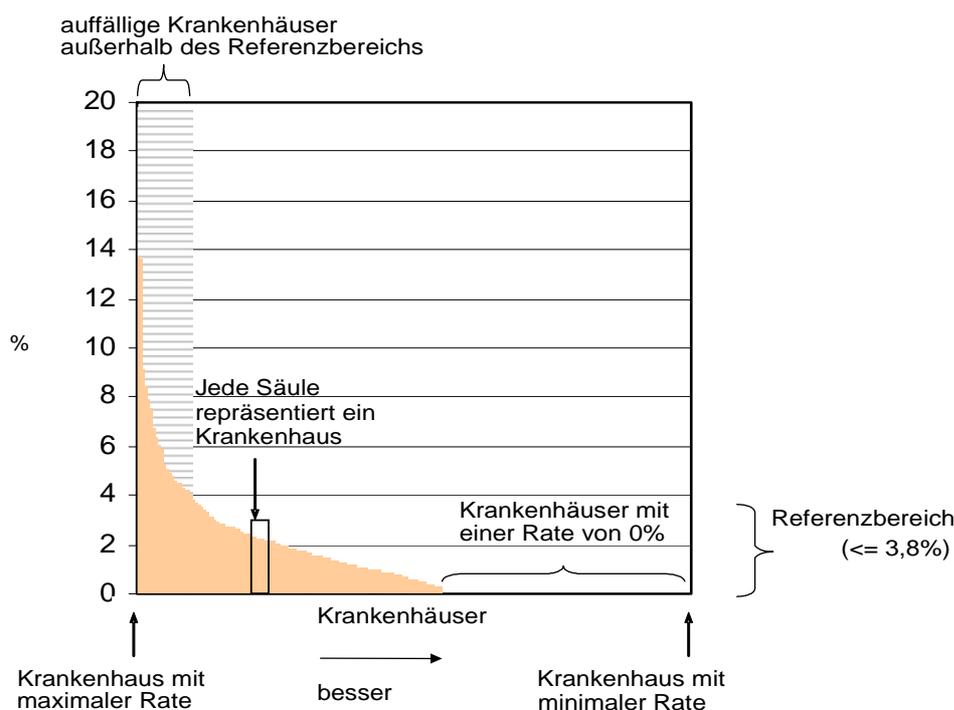
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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