

Jahresauswertung 2022 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.101
Datensatzversion: apo_hh 2022 5.1
Datenbankstand: 01. Februar 2023
2022 - D18742-L121191-P56171

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 2022 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 2021 im I. - IV. Quartal stationär entlassen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

| Qualitätsindikator | Fälle Krankenhaus | Ergebnis Krankenhaus | Ergebnis Gesamt | Referenz- bereich | Seite |
|--|----------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|-------|
| 2022/apo_hh/83284 QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie | | | 93,6% | >= 80,0% | 7 |
| 2022/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie | | | 91,6% | >= 80,0% | 9 |
| 2022/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe | | | 97,1% | >= 90,0% | 11 |
| 2022/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe | | | 94,6% | >= 80,0% | 13 |
| 2022/apo_hh/83292 QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA | | | 98,7% | >= 95,0% | 15 |

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator | Fälle Krankenhaus | Ergebnis Krankenhaus | Ergebnis Gesamt | Referenz- bereich | Seite |
|--|----------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|-------|
| QI 6: Krankenhaussterblichkeit | | | | | |
| 2022/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA | | | 0,0% | <= 0,5% | 17 |
| 2022/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt | | | 1,8% | <= 4,0% | 17 |
| 2022/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung | | | 2,5% | <= 25,0% | 17 |
| 2022/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen | | | 90,2% | >= 80,0% | 22 |
| QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden | | | | | |
| 2022/apo_hh/103490 | | | 72,7% | >= 65,0% | 24 |
| 2022/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹ | | | 63,1% | 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 | | | | | |
| 2022/apo_hh/103508 | | | | | |
| Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde | | | | | |
| | | | 57,0% | >= 42,0% | 29 |
| 2022/apo_hh/103509 | | | | | |
| Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde | | | | | |
| | | | 87,0% | >= 80,0% | 29 |
| 2022/apo_hh/151296 | | | | | |
| QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie | | | | | |
| | | | 79,4% | >= 63,0% | 33 |
| 2022/apo_hh/151297 | | | | | |
| QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie | | | | | |
| | | | 31,1% | nicht definiert | 35 |
| 2022/apo_hh/83372 | | | | | |
| QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung | | | | | |
| | | | 49,5% | >= 45,0% | 37 |

Übersicht Kennzahlen

| Kennzahl | Fälle Krankenhaus | Ergebnis Krankenhaus | Ergebnis Gesamt | Referenz- bereich | Seite |
|---|----------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|-------|
| 2022/apo_hh/83295 | | | | | |
| Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden | | | 28,4% | - | 44 |
| 2022/apo_hh/151304 | | | | | |
| Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time | | | 20,9% | - | 45 |
| 2022/apo_hh/151311 | | | | | |
| Kennzahl 3: Door-to-door-time | | | | | |
| Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten) | | | 119,0 Min. | - | 46 |
| 2022/apo_hh/154383 | | | | | |
| Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik | | | 2,7% | - | 47 |
| 2022/apo_hh/154384 | | | | | |
| Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt | | | 30,3% | - | 48 |

Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|--|------------------|---|---------------|------------------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich | | | 2.323 / 2.481 | 93,6% 92,6% - 94,6% >= 80,0% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|---------------|------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme ¹ Vertrauensbereich | | | 2.420 / 2.569 | 94,2% 93,2% - 95,1% |

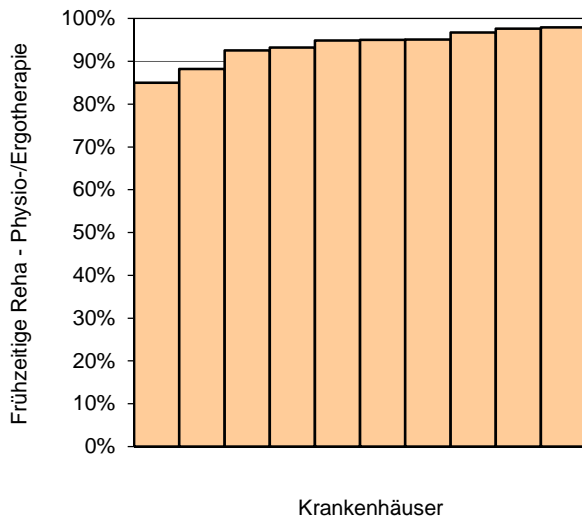
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2022/apo_hh/83284]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

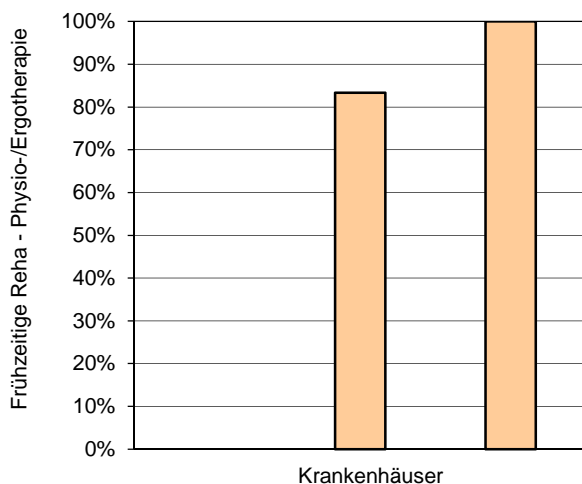
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 85,0 | 85,0 | 86,6 | 92,6 | 95,0 | 96,7 | 97,8 | 98,0 | 98,0 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 83,3 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

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

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

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 80,0%

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|---|---------------|------------------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich | | | 2.302 / 2.513 | 91,6% 90,4% - 92,7% >= 80,0% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|---------------|------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme ¹ Vertrauensbereich | | | 2.556 / 2.724 | 93,8% 92,9% - 94,7% |

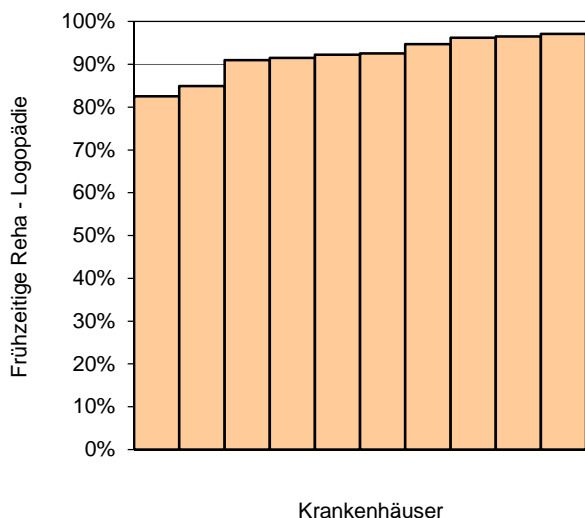
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2022/apo_hh/83285]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

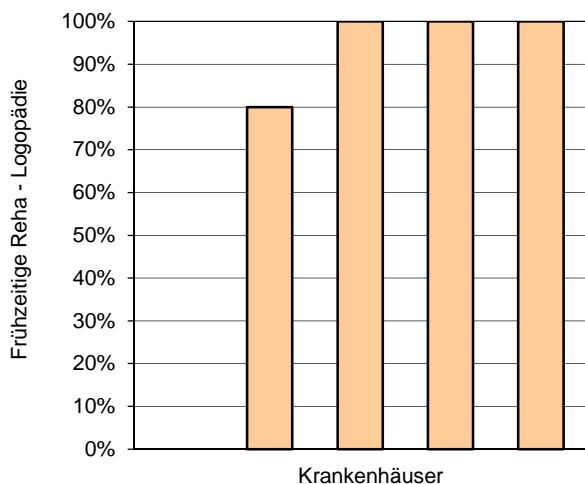
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 82,5 | 82,5 | 83,7 | 91,0 | 92,4 | 96,2 | 96,8 | 97,1 | 97,1 |

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 | 80,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 3: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe


Qualitätsziel: Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) zum Zeitpunkt der Entlassung als Sekundärprophylaxe nach Hirninfarkt oder TIA

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83287

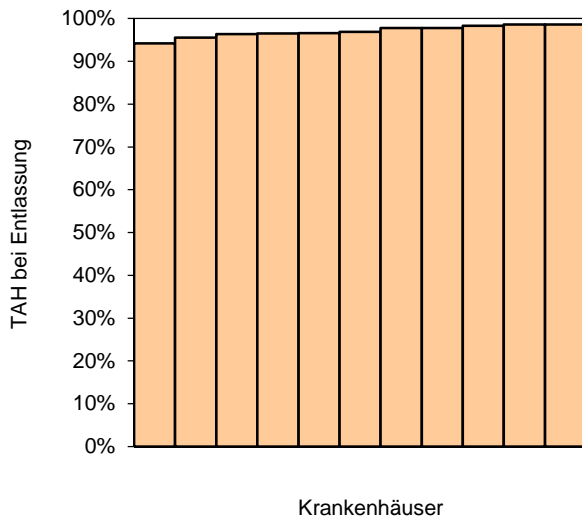
Referenzbereich: >= 90,0%

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|--|------------------|---|---------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung | |  | 5.141 / 5.297 | 97,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 96,6% - 97,5% |
| Referenzbereich | | >= 90,0% | | >= 90,0% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|---------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung | |  | 5.424 / 5.585 | 97,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 96,6% - 97,5% |

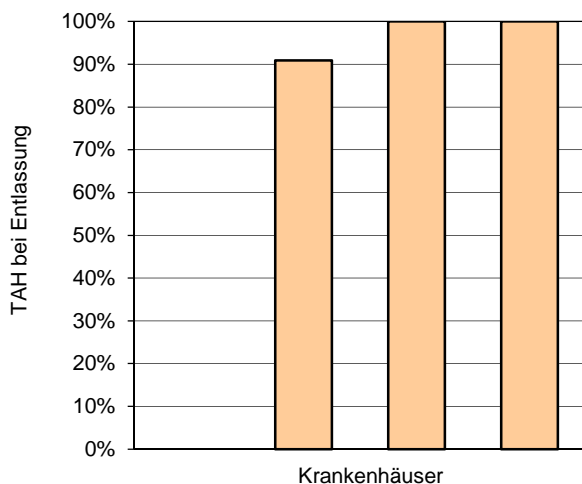
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2022/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 94,2 | 94,2 | 95,6 | 96,4 | 96,9 | 98,4 | 98,6 | 98,6 | 98,6 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 45,5 | 95,5 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 80,0%

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|--|------------------|----------|---------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung | | | 1.317 / 1.392 | 94,6% |
| Vertrauensbereich | | | | 93,3% - 95,7% |
| Referenzbereich | | >= 80,0% | | >= 80,0% |

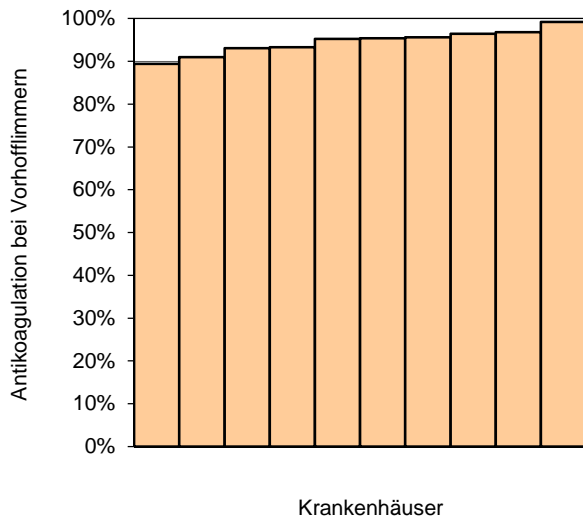
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|---------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung | | | 1.367 / 1.480 | 92,4% |
| Vertrauensbereich | | | | 90,9% - 93,7% |

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2022/apo_hh/83288]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

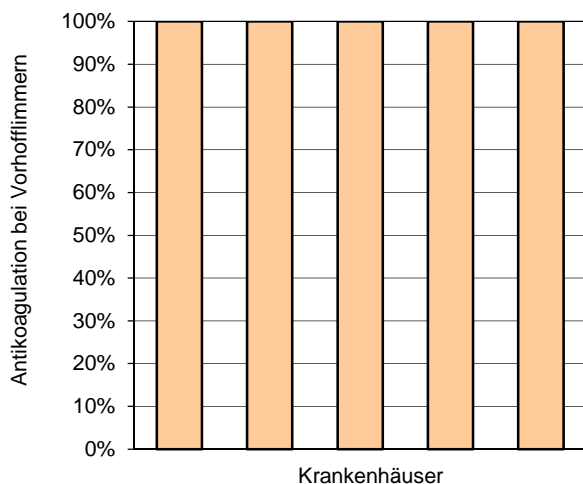
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 89,4 | 89,4 | 90,2 | 93,1 | 95,3 | 96,5 | 98,0 | 99,2 | 99,2 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA und Erstversorgung

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 95,0%

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|----------|---------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich | | | 7.755 / 7.855 | 98,7% |
| | | | | 98,5% - 99,0% |
| | | >= 95,0% | | >= 95,0% |

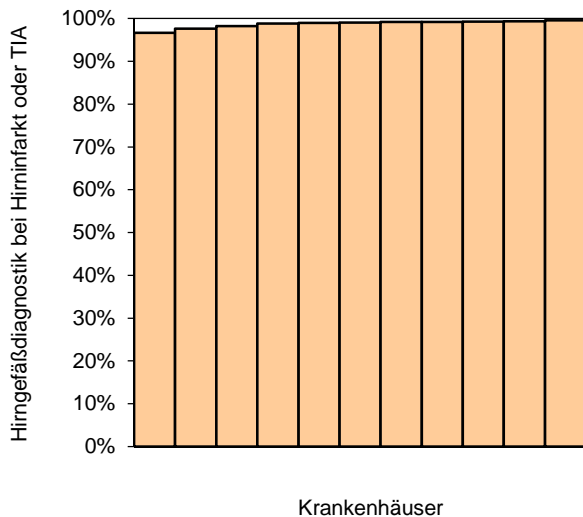
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|---------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich | | | 8.207 / 8.309 | 98,8% |
| | | | | 98,5% - 99,0% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2022/apo_hh/83292]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

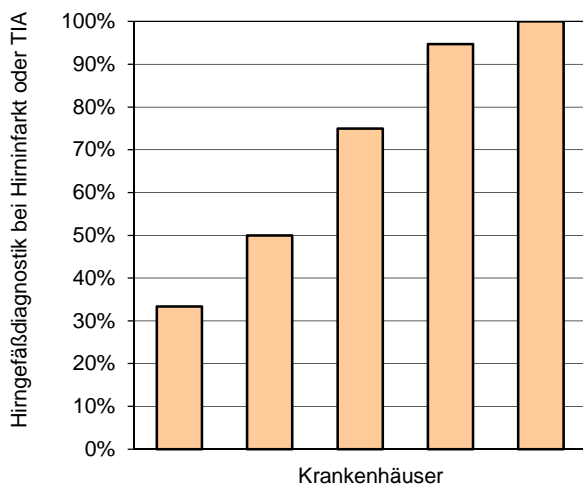
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 96,7 | 96,7 | 97,6 | 98,3 | 99,1 | 99,3 | 99,3 | 99,6 | 99,6 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|-------|-------|-------|
| | 33,3 | 33,3 | 33,3 | 50,0 | 75,0 | 94,7 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

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

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

Indikator-ID:
 Gruppe 1: 2022/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2022/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2022/apo_hh/83386

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

| | Krankenhaus 2022 | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| | Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA | Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt | Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung |
| Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) | | | |
| Vertrauensbereich | | | |
| Referenzbereich | <= 0,5% | <= 4,0% | <= 25,0% |

| | Gesamt 2022 | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| | Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA | Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt | Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung |
| Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) | 0 / 2.296 0,0% | 100 / 5.606 1,8% | 16 / 636 2,5% |
| Vertrauensbereich | 0,0% - 0,2% | 1,5% - 2,2% | 1,4% - 4,1% |
| Referenzbereich | <= 0,5% | <= 4,0% | <= 25,0% |

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

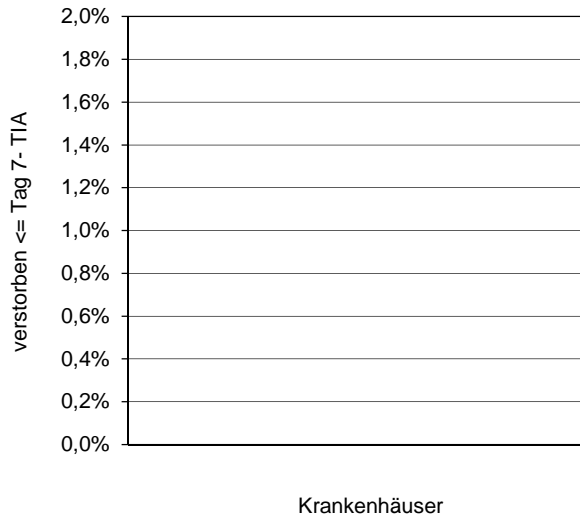
| Vorjahresdaten | Gesamt 2021 | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| | Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA | Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt | Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung |
| Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich | 1 / 2.497 0,0% 0,0% - 0,2% | 97 / 5.867 1,7% 1,3% - 2,0% | 35 / 727 4,8% 3,4% - 6,6% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2022/apo_hh/83293]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

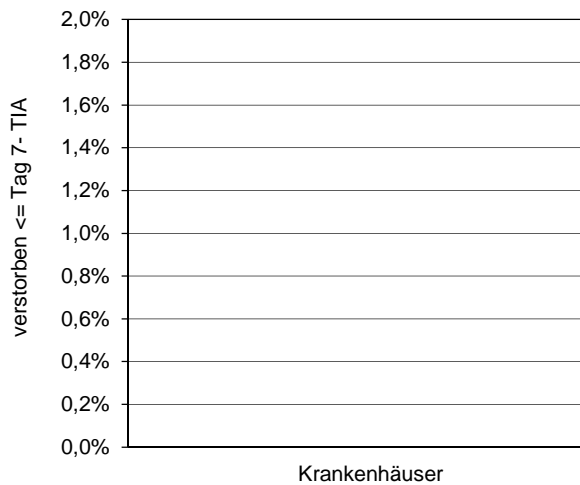
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| 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 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

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 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

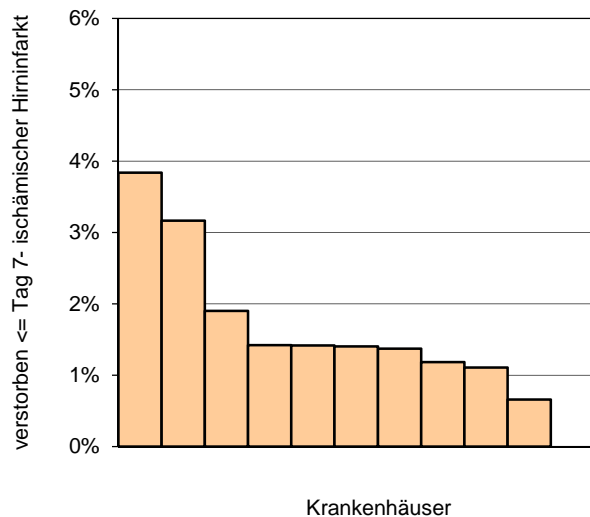
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2022/apo_hh/83385]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

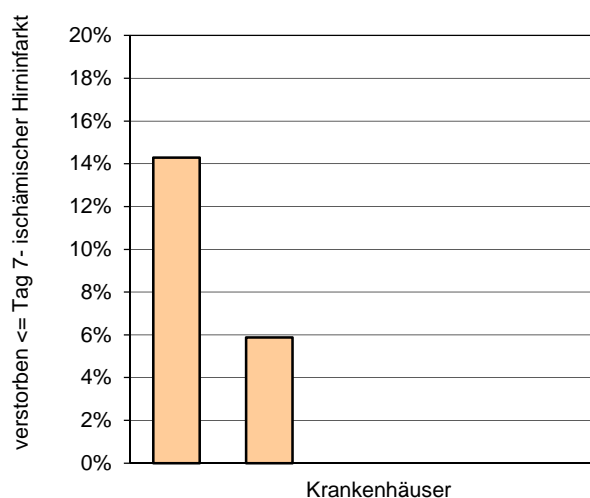
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 1,1 | 1,4 | 1,9 | 3,2 | 3,8 | 3,8 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|------|------|------|
| | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 5,9 | 14,3 | 14,3 | 14,3 |

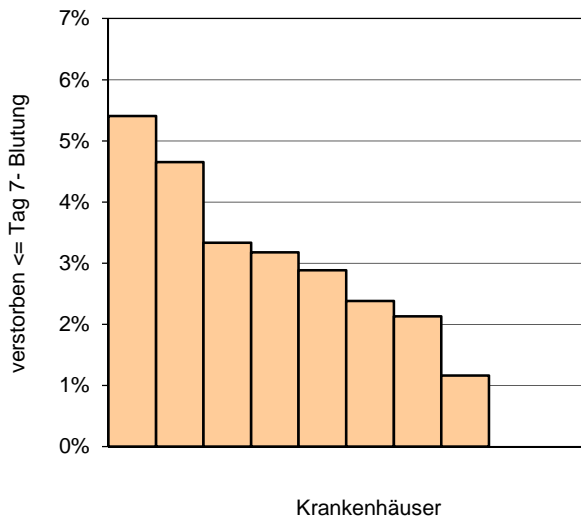
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2022/apo_hh/83386]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

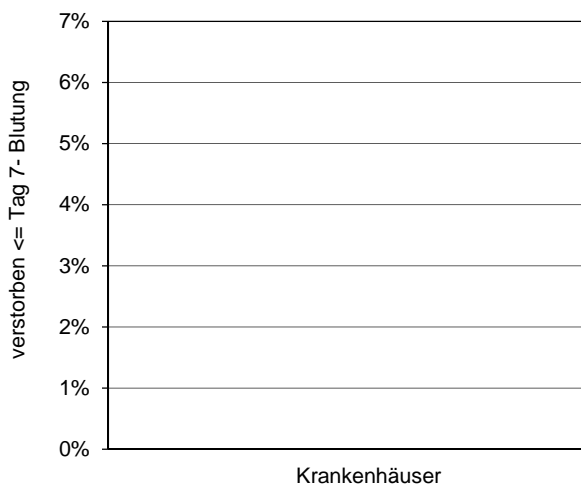
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,2 | 2,6 | 3,3 | 5,0 | 5,4 | 5,4 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


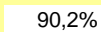
Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen


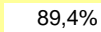
Qualitätsziel: Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall

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

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|--|------------------|---|---------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Schlucktest nach Protokoll | |  | 4.669 / 5.178 |  90,2% |
| Vertrauensbereich | | | | 89,3% - 91,0% |
| Referenzbereich | | >= 80,0% | | >= 80,0% |

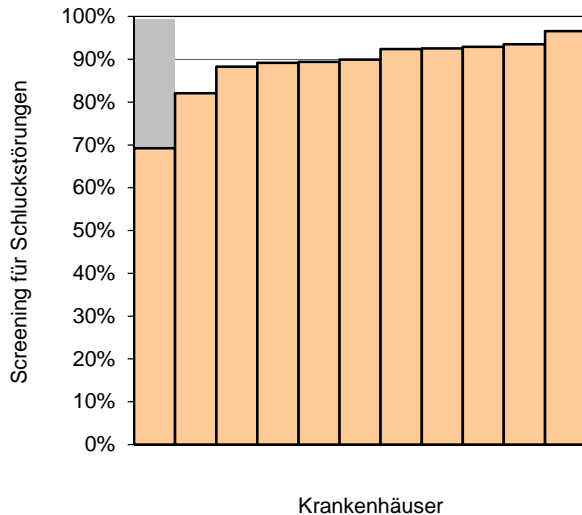
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|--|---------------|--|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Schlucktest nach Protokoll | |  | 4.885 / 5.465 |  89,4% |
| Vertrauensbereich | | | | 88,5% - 90,2% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2022/apo_hh/83294]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

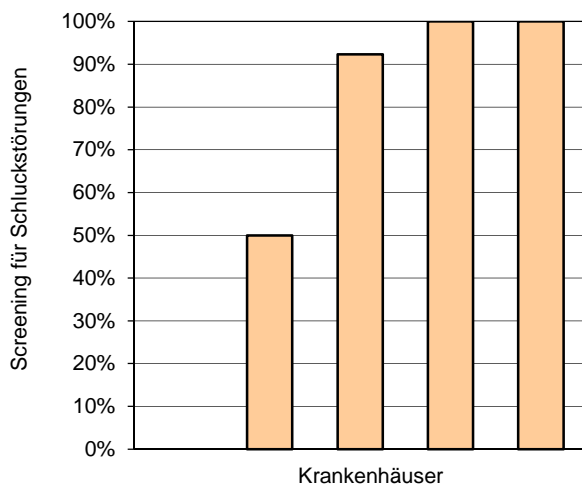
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 69,2 | 69,2 | 82,1 | 88,3 | 89,9 | 92,9 | 93,6 | 96,6 | 96,6 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 50,0 | 92,3 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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



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

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

Indikator-ID: 2022/apo_hh/103490

Referenzbereich: >= 65,0%

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|---|---------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹ | |  | 1.418 / 1.951 |  |
| Vertrauensbereich | | | | 70,6% - 74,6% |
| Referenzbereich | | >= 65,0% | | >= 65,0% |

| Vorjahresdaten ² | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|---------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹ | |  | 1.551 / 2.166 |  |
| Vertrauensbereich | | | | 69,7% - 73,5% |

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

² Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahresergebnisse mit der Vorjahresauswertung nicht vergleichbar.

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) ¹ | | | | |
| > 30 - 60 Minuten | | | 200 / 1.951 | 10,3% |
| > 1 bis 3 Stunden | | | 152 / 1.951 | 7,8% |
| > 3 bis 6 Stunden | | | 33 / 1.951 | 1,7% |
| > 6 Stunden | | | 36 / 1.951 | 1,8% |
| 1. Bildgebung vor Aufnahme | | | 15 / 1.951 | 0,8% |
| keine Bildgebung erfolgt | | | 1 / 1.951 | 0,1% |

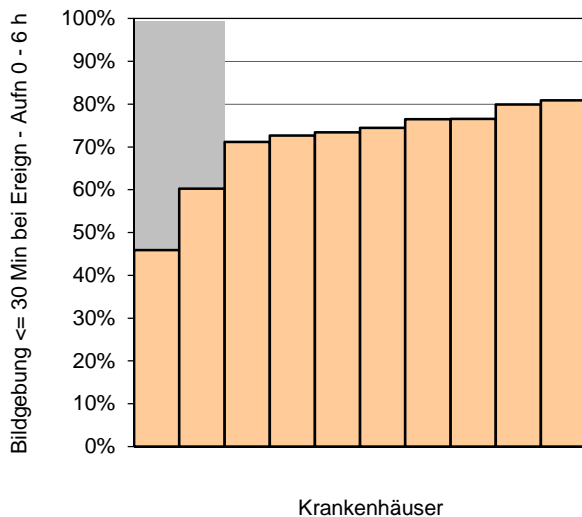
¹ Ausschluss: Patienten mit Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik, ohne stationäre Erstversorgung oder mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2022/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:

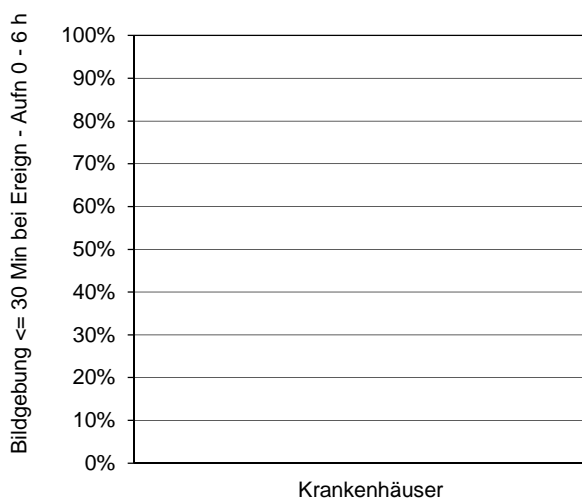
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 45,9 | 45,9 | 53,1 | 71,2 | 73,9 | 76,5 | 80,4 | 80,9 | 80,9 |

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 |

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Thrombolyserate

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

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

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83311

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

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 ¹ | |
|---|------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| | Anzahl | % | | % |
| Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt | | | 548 / 869 | 63,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 59,8% - 66,3% |
| Referenzbereich | | nicht definiert | | nicht definiert |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 ¹ | |
|---|------------------|---|--------------------------|---------------|
| | Anzahl | % | | % |
| Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt | | | 635 / 960 | 66,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 63,1% - 69,1% |

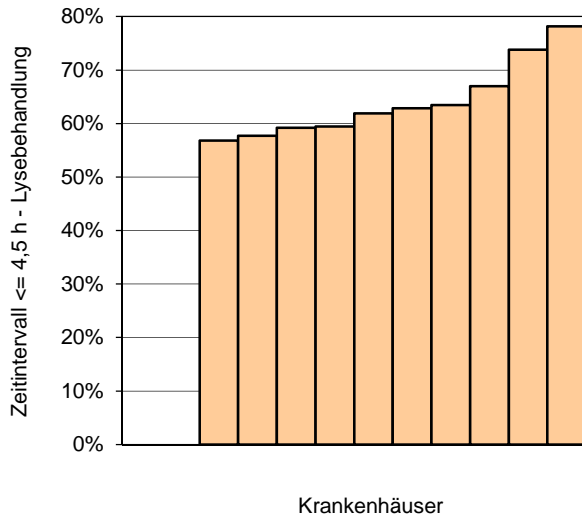
¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 2022/apo_hh/83311]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.







| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-----|-----|-----|------|--------|------|------|------|------|
| | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 57,2 | 60,7 | 65,2 | 73,8 | 78,2 | 78,2 |

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|--|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹ | | | | |
| Gruppe 1 <= 30 Minuten | |  | 559 / 981 | 57,0% |
| Vertrauensbereich | | | | 53,8% - 60,1% |
| Referenzbereich | | >= 42,0% | | >= 42,0% |
| Gruppe 2 <= 60 Minuten | |  | 853 / 981 | 87,0% |
| Vertrauensbereich | | | | 84,7% - 89,0% |
| Referenzbereich | | >= 80,0% | | >= 80,0% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹ | | | | |
| Gruppe 1 <= 30 Minuten ² | |  | 570 / 1.114 | 51,2% |
| Vertrauensbereich | | | | 48,2% - 54,1% |
| Gruppe 2 <= 60 Minuten | |  | 967 / 1.114 | 86,8% |
| Vertrauensbereich | | | | 84,7% - 88,7% |

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

² Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2021 abweichen.

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹ | | | | |
| > 30 - 60 Minuten | | | 294 / 981 | 30,0% |
| > 1 - 2 Stunden | | | 85 / 981 | 8,7% |
| > 2 - 3 Stunden | | | 22 / 981 | 2,2% |
| > 3 - 4 Stunden | | | 10 / 981 | 1,0% |
| > 4 - 6 Stunden | | | 1 / 981 | 0,1% |
| > 6 Stunden | | | 7 / 981 | 0,7% |
| keine Lyse durchgeführt | | | 0 / 981 | 0,0% |

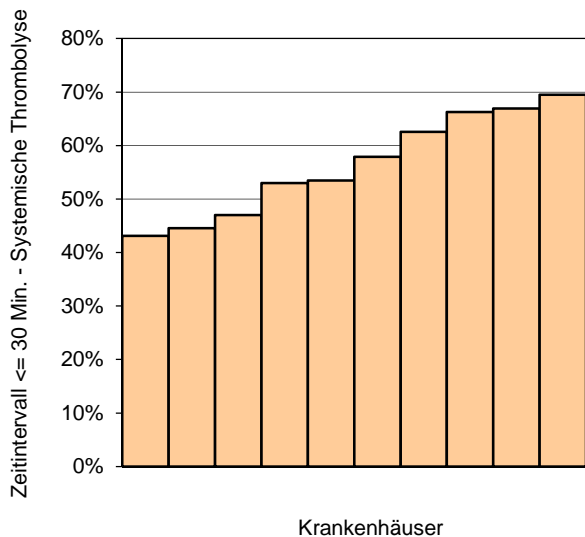
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2022/apo_hh/103508]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis Beginn systemische Thrombolyse <= 30 Minuten (Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall) an allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

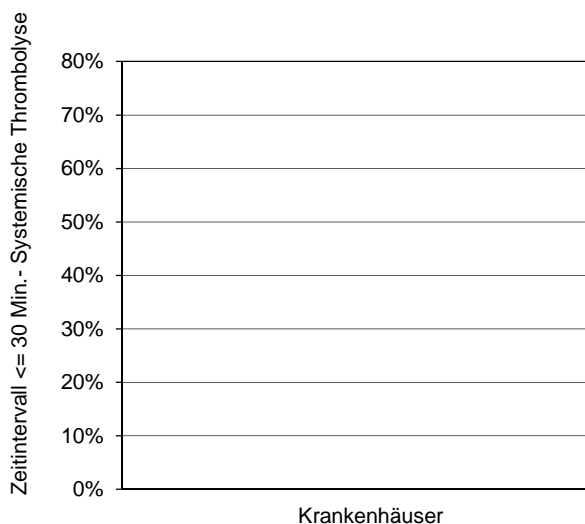
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 43,1 | 43,1 | 43,8 | 47,0 | 55,7 | 66,3 | 68,2 | 69,5 | 69,5 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

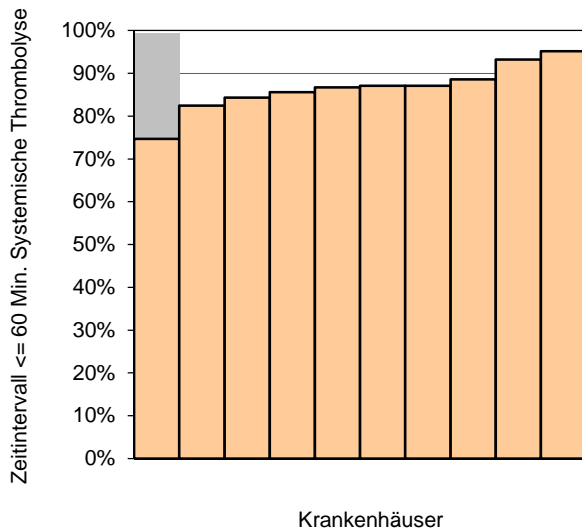
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2022/apo_hh/103509]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis Beginn systemische Thrombolyse <= 60 Minuten (Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall) an allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

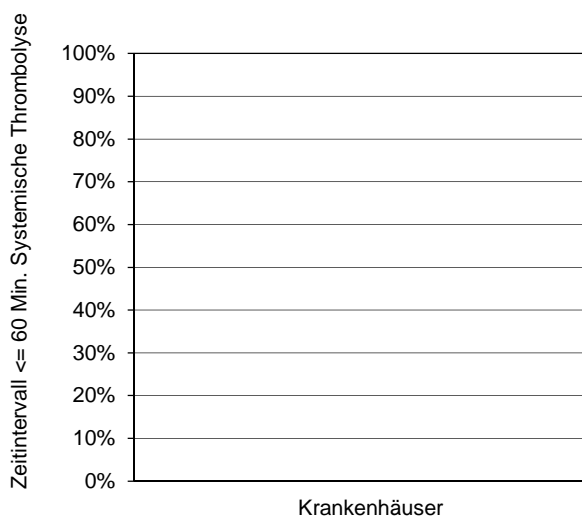
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 74,7 | 74,7 | 78,6 | 84,3 | 86,9 | 88,6 | 94,2 | 95,2 | 95,2 |

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 |

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie


Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit Rekanalisation nach Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2022/apo_hh/151296

Referenzbereich: $\geq 63,0\%$

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|---|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie | |  | 459 / 578 | 79,4% |
| Vertrauensbereich | | | | 75,9% - 82,6% |
| Referenzbereich | | $\geq 63,0\%$ | | $\geq 63,0\%$ |

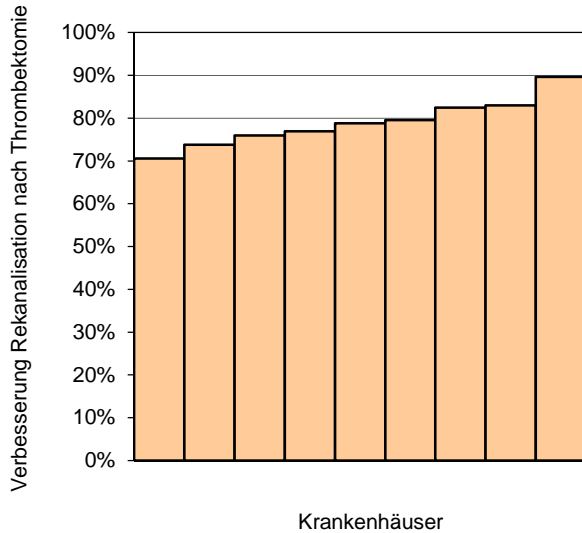
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|--|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie | |  | 450 / 574 | 78,4% |
| Vertrauensbereich | | | | 74,8% - 81,7% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2022/apo_hh/151296]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

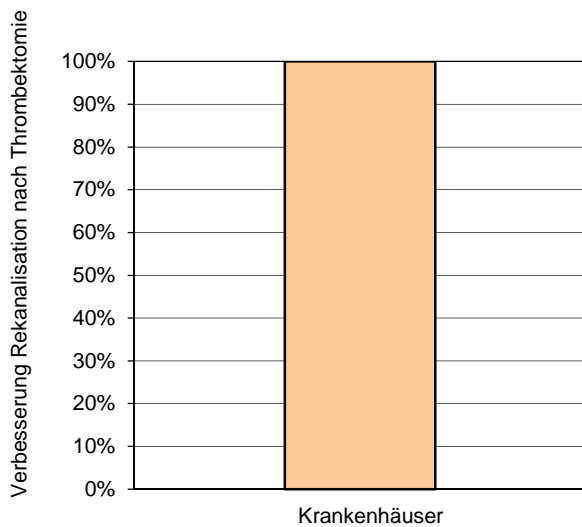
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 70,6 | 70,6 | 70,6 | 75,9 | 78,8 | 82,5 | 89,7 | 89,7 | 89,7 |

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 |
|--|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2022/apo_hh/151297

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

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|-----------------|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 | | | 180 / 578 | 31,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 27,4% - 35,1% |
| Referenzbereich | | nicht definiert | | nicht definiert |

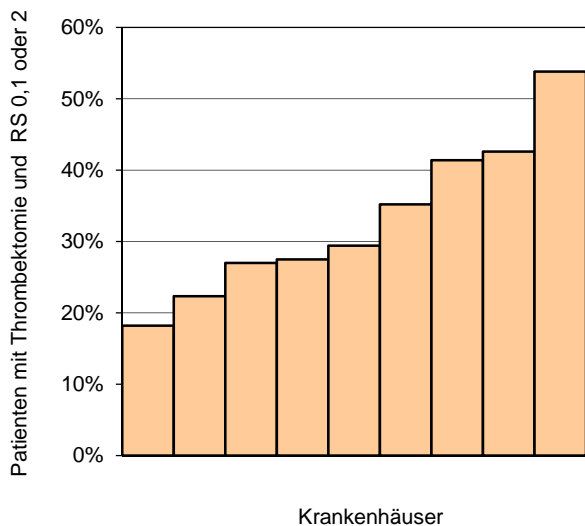
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 | | | 184 / 574 | 32,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 28,3% - 36,0% |

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2022/apo_hh/151297]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

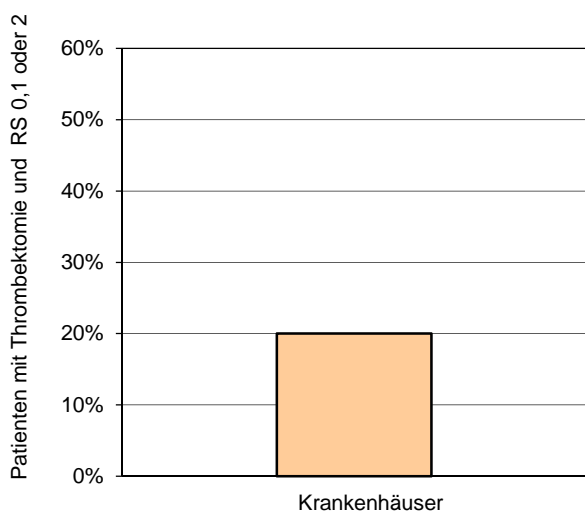
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 18,2 | 18,2 | 18,2 | 27,0 | 29,4 | 41,4 | 53,8 | 53,8 | 53,8 |

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 |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 20,0 | 20,0 | 20,0 | 20,0 | 20,0 | 20,0 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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



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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2022/apo_hh/83372

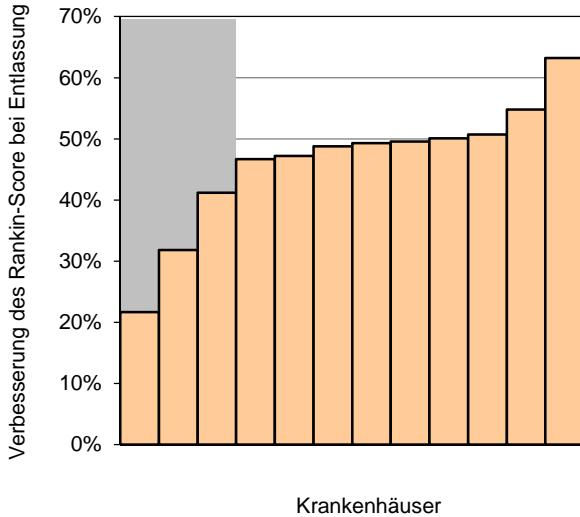
Referenzbereich: $\geq 45,0\%$

| | Krankenhaus 2022 | Gesamt 2022 | |
|--|---|---------------|---|
| | % | | % |
| Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung |  | 4.226 / 8.538 |  49,5% |
| Vertrauensbereich | | | 48,4% - 50,6% |
| Referenzbereich | $\geq 45,0\%$ | | $\geq 45,0\%$ |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | Gesamt 2021 | |
|--|---|---------------|---|
| | % | | % |
| Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung |  | 4.375 / 9.091 |  48,1% |
| Vertrauensbereich | | | 47,1% - 49,2% |

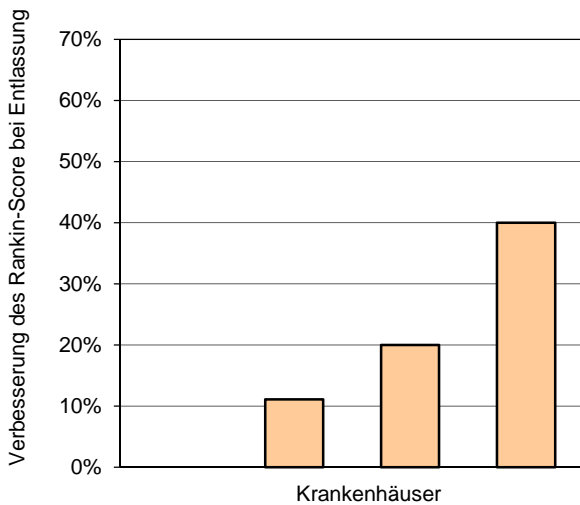
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2022/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|------|
| | 21,7 | 21,7 | 31,8 | 43,9 | 49,0 | 50,4 | 54,8 | 63,2 | 63,2 |

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 |
|--|-----|-----|-----|-----|--------|------|------|------|------|
| | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 5,6 | 15,6 | 30,0 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2022

| | 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 2022

| | 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 | 1.407 16,5% | 673 7,9% | 530 6,2% | 259 3,0% | 99 1,2% | 38 0,4% |
| 1 keine wesentliche Funktionseinschränkung | 71 0,8% | 468 5,5% | 578 6,8% | 283 3,3% | 104 1,2% | 51 0,6% |
| 2 geringgradige Funktionseinschränkung | 23 0,3% | 44 0,5% | 473 5,5% | 572 6,7% | 227 2,7% | 93 1,1% |
| 3 mässiggradige Funktionseinschränkung | 5 0,1% | 10 0,1% | 42 0,5% | 344 4,0% | 323 3,8% | 134 1,6% |
| 4 mittelschwere Funktionseinschränkung | 2 0,0% | 6 0,1% | 22 0,3% | 50 0,6% | 274 3,2% | 262 3,1% |
| 5 schwere Funktionseinschränkung | 1 0,0% | 4 0,0% | 10 0,1% | 24 0,3% | 48 0,6% | 365 4,3% |
| 6 Tod | 0 0,0% | 0 0,0% | 0 0,0% | 0 0,0% | 0 0,0% | 0 0,0% |
| Rankin bei Entlassung | | | | | | |

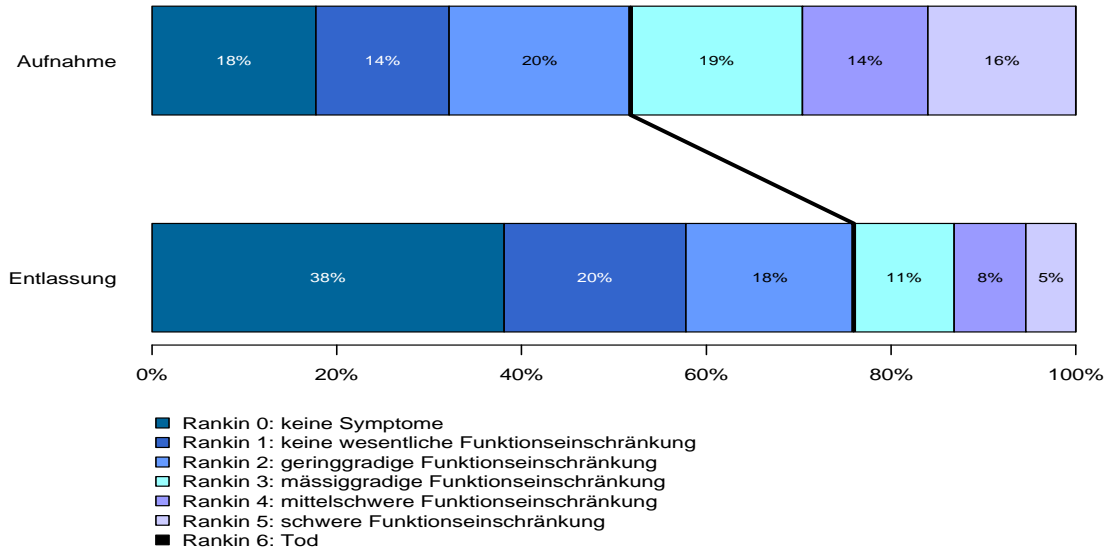
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2021**

| | 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 2021**

| | 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 | 1.617 17,8% | 760 8,4% | 510 5,6% | 269 3,0% | 102 1,1% | 44 0,5% |
| 1 keine wesentliche Funktionseinschränkung | 61 0,7% | 499 5,5% | 595 6,5% | 301 3,3% | 113 1,2% | 55 0,6% |
| 2 geringgradige Funktionseinschränkung | 17 0,2% | 45 0,5% | 510 5,6% | 588 6,5% | 202 2,2% | 95 1,0% |
| 3 mässiggradige Funktionseinschränkung | 12 0,1% | 11 0,1% | 57 0,6% | 375 4,1% | 334 3,7% | 141 1,6% |
| 4 mittelschwere Funktionseinschränkung | 5 0,1% | 6 0,1% | 17 0,2% | 59 0,6% | 263 2,9% | 266 2,9% |
| 5 schwere Funktionseinschränkung | 6 0,1% | 2 0,0% | 10 0,1% | 21 0,2% | 58 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: 2022/apo_hh/83295

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|--|------------------|---|---------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme ¹ | | | | |
| 0 - <= 2 Stunden | | | 1.961 / 8.538 | 23,0% |
| > 2 - <= 3 Stunden | | | 464 / 8.538 | 5,4% |
| > 3 - <= 6 Stunden | | | 620 / 8.538 | 7,3% |
| > 6 - <= 24 Stunden | | | 734 / 8.538 | 8,6% |
| > 24 - <= 48 Stunden | | | 239 / 8.538 | 2,8% |
| > 48 Stunden | | | 405 / 8.538 | 4,7% |
| Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹ | | | 2.425 / 8.538 | 28,4% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|---------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹ | | | 2.679 / 9.091 | 29,5% |

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: 2022/apo_hh/151304

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion ¹ | | | | |
| 0 - <= 30 Minuten | | | 18 / 578 | 3,1% |
| > 30 - <= 60 Minuten | | | 103 / 578 | 17,8% |
| > 60 - <= 90 Minuten | | | 193 / 578 | 33,4% |
| > 90 - <= 120 Minuten | | | 138 / 578 | 23,9% |
| > 120 - <= 180 Minuten | | | 85 / 578 | 14,7% |
| > 180 Minuten | | | 37 / 578 | 6,4% |
| Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹ | | | 121 / 578 | 20,9% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹ | | | 107 / 574 | 18,6% |

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: 2022/apo_hh/151311

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|---|------------------|---|-------------|------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden | | | 52 / 8.538 | 0,6% |
| Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von | | | | |
| 0 - <= 2 Stunden | | | 27 / 52 | 51,9% |
| > 2 - <= 3 Stunden | | | 10 / 52 | 19,2% |
| > 3 - <= 6 Stunden | | | 3 / 52 | 5,8% |
| > 6 - <= 24 Stunden | | | 4 / 52 | 7,7% |
| > 24 - <= 48 Stunden | | | 4 / 52 | 7,7% |
| > 48 Stunden | | | 4 / 52 | 7,7% |
| Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i> | | | | 119,0 Min. |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|-------------|------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i> | | | | 191,0 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: 2022/apo_hh/154383

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|--|------------------|---|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden | | | 25 / 937 | 2,7% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden | | | 26 / 1.046 | 2,5% |

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: 2022/apo_hh/154384

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt | | | 284 / 937 | 30,3% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2021 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt | | | 331 / 1.046 | 31,6% |

Basisdaten

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ |
| Anzahl importierter Datensätze | | | | | | |
| 1. Quartal | | | 2.405 | 23,8 | 2.436 | 23,0 |
| 2. Quartal | | | 2.733 | 27,1 | 2.644 | 25,0 |
| 3. Quartal | | | 2.448 | 24,2 | 2.737 | 25,9 |
| 4. Quartal | | | 2.515 | 24,9 | 2.760 | 26,1 |
| Gesamt | | | 10.101 | | 10.577 | |

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

Patienten

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|-------------------|------|-------------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus | | | 8.105 | | 8.657 | |
| Alter (Jahre) | | | | | | |
| Median | <i>Jahre</i> | | <i>77,0 Jahre</i> | | <i>77,0 Jahre</i> | |
| Geschlecht | | | | | | |
| männlich | | | 4.255 | 52,5 | 4.464 | 51,6 |
| weiblich | | | 3.827 | 47,2 | 4.187 | 48,4 |
| divers | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| unbestimmt | | | 23 | 0,3 | 5 | 0,1 |

Aufnahme

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|----------------|------|----------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Erstversorgung | | | | | | |
| ja | | | 8.024 / 10.101 | 79,4 | 8.594 / 10.577 | 81,3 |
| Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik | | | 433 / 10.101 | 4,3 | 434 / 10.577 | 4,1 |
| ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt | | | 25 / 10.101 | 0,2 | 35 / 10.577 | 0,3 |
| ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt | | | 27 / 10.101 | 0,3 | 28 / 10.577 | 0,3 |
| nein, keine stationäre Aufnahme | | | 1.563 / 10.101 | 15,5 | 1.486 / 10.577 | 14,0 |
| Inhouse-Schlaganfall ¹ | | | 29 / 10.101 | 0,3 | - | - |
| Wochentag der Aufnahme | | | | | | |
| Montag bis Freitag | | | 6.523 | 76,4 | 6.963 | 76,6 |
| Sonnabend oder Sonntag | | | 2.015 | 23,6 | 2.128 | 23,4 |
| Symptome bei der Aufnahme | | | | | | |
| Sprechstörung | | | | | | |
| ja | | | 2.849 | 33,4 | 2.943 | 32,4 |
| nein | | | 5.491 | 64,3 | 5.924 | 65,2 |
| nicht bestimmbar | | | 198 | 2,3 | 224 | 2,5 |
| Sprachstörung | | | | | | |
| ja | | | 2.029 | 23,8 | 2.159 | 23,7 |
| nein | | | 6.361 | 74,5 | 6.742 | 74,2 |
| nicht bestimmbar | | | 148 | 1,7 | 190 | 2,1 |
| Motorische Ausfälle | | | | | | |
| ja | | | 3.949 | 46,3 | 4.131 | 45,4 |
| nein | | | 4.516 | 52,9 | 4.845 | 53,3 |
| nicht bestimmbar | | | 73 | 0,9 | 115 | 1,3 |
| Schluckstörung | | | | | | |
| ja | | | 1.128 | 13,2 | 1.130 | 12,4 |
| nein | | | 6.808 | 79,7 | 7.319 | 80,5 |
| nicht bestimmbar | | | 602 | 7,1 | 642 | 7,1 |
| Bewusstseinsstörung | | | | | | |
| ja | | | 822 | 9,6 | 823 | 9,1 |
| nein | | | 7.675 | 89,9 | 8.208 | 90,3 |
| nicht bestimmbar | | | 41 | 0,5 | 60 | 0,7 |

¹ neuer Schlüsselwert in 2022

Aufnahme (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt | | | | | | |
| ja | | | 4.717 | 55,2 | 5.174 | 56,9 |
| nein | | | 3.821 | 44,8 | 3.917 | 43,1 |
| Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme | | | | | | |
| <= 1 Stunde | | | 1.057 | 22,4 | 1.145 | 22,1 |
| > 1 - <= 2 Stunden | | | 1.112 | 23,6 | 1.260 | 24,4 |
| > 2 - <= 3 Stunden | | | 464 | 9,8 | 485 | 9,4 |
| > 3 - <= 3,5 Stunden | | | 160 | 3,4 | 203 | 3,9 |
| > 3,5 - <= 4 Stunden | | | 155 | 3,3 | 143 | 2,8 |
| > 4 - <= 6 Stunden | | | 306 | 6,5 | 349 | 6,7 |
| > 6 - <= 24 Stunden | | | 734 | 15,6 | 790 | 15,3 |
| > 24 - <= 48 Stunden | | | 239 | 5,1 | 277 | 5,4 |
| > 48 Stunden | | | 405 | 8,6 | 400 | 7,7 |
| wake up stroke | | | | | | |
| ja | | | 1.213 | 31,7 | 1.236 | 31,6 |
| nein | | | 2.608 | 68,3 | 2.681 | 68,4 |

Diagnostik

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Diagnostik bei Aufnahme | | | | | | |
| Bildgebung durchgeführt | | | | | | |
| keine Bildgebung erfolgt | | | 22 | 0,3 | 38 | 0,4 |
| 1. Bildgebung extern | | | 631 | 7,4 | 611 | 6,7 |
| 1. Bildgebung intern | | | 7.885 | 92,4 | 8.442 | 92,9 |
| wenn 1. Bildgebung intern, | | | | | | |
| Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus | | | | | | |
| CCT | | | 3.278 | 41,6 | 3.603 | 42,7 |
| CCT mit CTA | | | 4.262 | 54,1 | 4.492 | 53,2 |
| MRT | | | 173 | 2,2 | 181 | 2,1 |
| MRT mit MRA | | | 172 | 2,2 | 166 | 2,0 |
| Gefäßverschluss | | | | | | |
| ja | | | 1.302 | 15,2 | 1.376 | 15,1 |
| nein | | | 7.236 | 84,8 | 7.715 | 84,9 |
| Thrombektomie | | | | | | |
| Gefäßverschluss in der Angiographie | | | | | | |
| ja | | | 547 | 94,6 | 545 | 94,9 |
| nein | | | 23 | 4,0 | 16 | 2,8 |
| wenn Gefäßverschluss in der Angiographie | | | | | | |
| Art des Gefäßverschlusses | | | | | | |
| Carotis T | | | 93 | 17,0 | 96 | 17,6 |
| M1 | | | 238 | 43,5 | 271 | 49,7 |
| M2 | | | 112 | 20,5 | 94 | 17,2 |
| Basilaris | | | 38 | 6,9 | 45 | 8,3 |
| Sonstige | | | 66 | 12,1 | 39 | 7,2 |
| Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III | | | | | | |
| ja | | | 451 | 82,4 | 437 | 80,2 |
| nein | | | 96 | 17,6 | 108 | 19,8 |
| Dauer der Symptome | | | | | | |
| nicht bestimmbar, da Verlegung | | | 68 | 0,8 | 84 | 0,9 |
| <= 24 Stunden | | | 3.560 | 41,7 | 3.974 | 43,7 |
| > 24 Stunden | | | 4.910 | 57,5 | 5.033 | 55,4 |

Diagnostik (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Weiterführende Diagnostik | | | | | | |
| Neurosonographie der hirnersorgenden Gefäße | | | | | | |
| extrakraniell | | | 7.768 | 91,5 | 8.286 | 91,8 |
| Intrakraniell | | | 7.757 | 91,4 | 8.240 | 91,3 |
| Schlucktest nach Protokoll durchgeführt | | | | | | |
| ja | | | 7.490 | 88,3 | 7.748 | 85,8 |
| nein | | | 958 | 11,3 | 1.203 | 13,3 |
| nicht durchführbar | | | 38 | 0,4 | 77 | 0,9 |
| Vorhofflimmern | | | 2.231 | 26,3 | 2.398 | 26,6 |
| Komplikationen - Pneumonie | | | | | | |
| nein | | | 7.714 | 90,9 | 8.337 | 92,3 |
| ja | | | 772 | 9,1 | 691 | 7,7 |
| Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis | | | | | | |
| nein | | | 8.065 | 95,0 | 8.595 | 95,2 |
| Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie | | | 112 | 1,3 | 121 | 1,3 |
| Stenting im Verlauf | | | 87 | 1,0 | 92 | 1,0 |
| TEA | | | 113 | 1,3 | 117 | 1,3 |

Diagnose(n) ICD-10-GM 2022¹

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|--------|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| HI | | | 5.606 | 65,7 | 5.867 | 64,5 |
| TIA | | | 2.296 | 26,9 | 2.497 | 27,5 |
| ICB | | | 636 | 7,4 | 727 | 8,0 |
| unklar | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

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

Rankin Skala

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme | | | | | | |
| Rankin 0 | | | 1.517 | 17,8 | 1.729 | 19,0 |
| Rankin 1 | | | 1.229 | 14,4 | 1.336 | 14,7 |
| Rankin 2 | | | 1.678 | 19,7 | 1.727 | 19,0 |
| Rankin 3 | | | 1.586 | 18,6 | 1.679 | 18,5 |
| Rankin 4 | | | 1.161 | 13,6 | 1.163 | 12,8 |
| Rankin 5 | | | 1.367 | 16,0 | 1.457 | 16,0 |
| Schweregrad der Behinderung bei Entlassung | | | | | | |
| Rankin 0 | | | 2.997 | 38,1 | 3.294 | 39,2 |
| Rankin 1 | | | 1.547 | 19,7 | 1.624 | 19,3 |
| Rankin 2 | | | 1.428 | 18,2 | 1.448 | 17,3 |
| Rankin 3 | | | 855 | 10,9 | 926 | 11,0 |
| Rankin 4 | | | 610 | 7,8 | 615 | 7,3 |
| Rankin 5 | | | 425 | 5,4 | 487 | 5,8 |

Rehabilitation

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|------------------------------|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Beginn Physiotherapie | | | | | | |
| <= Tag 2 nach Aufnahme | | | 6.812 | 80,3 | 7.278 | 80,6 |
| > Tag 2 nach Aufnahme | | | 197 | 2,3 | 188 | 2,1 |
| keine | | | 1.477 | 17,4 | 1.562 | 17,3 |
| Beginn Logopädie | | | | | | |
| <= Tag 2 nach Aufnahme | | | 6.343 | 74,7 | 6.864 | 76,0 |
| > Tag 2 nach Aufnahme | | | 159 | 1,9 | 158 | 1,8 |
| keine | | | 1.984 | 23,4 | 2.006 | 22,2 |

Therapie bei Entlassung

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief | | | 2.288 | 27,0 | 2.440 | 27,0 |
| Thrombozyten- aggregationshemmer | | | 6.110 | 72,0 | 6.404 | 70,9 |
| Antihypertensiva | | | 6.775 | 79,8 | 7.121 | 78,9 |
| Antidiabetika | | | 1.532 | 18,1 | 1.507 | 16,7 |
| Statine | | | 7.416 | 87,4 | 7.801 | 86,4 |

Entlassung

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|---|------------------|-------------|-----------------|-------|-----------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Entlassungsart | | | | | | |
| nach Hause | | | 5.295 | 62,4 | 5.344 | 59,2 |
| Rehabilitationsklinik (intern/extern) | | | 1.775 | 20,9 | 2.212 | 24,5 |
| andere Abteilung | | | 215 | 2,5 | 265 | 2,9 |
| externe Akut-Klinik | | | 111 | 1,3 | 84 | 0,9 |
| Pflegeeinrichtung | | | 576 | 6,8 | 572 | 6,3 |
| verstorben | | | 514 | 6,1 | 551 | 6,1 |
| wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik | | | | | | |
| zur Thrombektomie | | | 9 | 7,9 | 6 | 6,9 |
| zur Desobliteration der A. carotis | | | 34 | 29,8 | 16 | 18,4 |
| zur Hemikraniektomie | | | 11 | 9,6 | 8 | 9,2 |
| aus anderen Gründen | | | 60 | 52,6 | 57 | 65,5 |
| wenn verstorben | | | | | | |
| Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung | | | 264 | 51,4 | 308 | 55,9 |
| keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt | | | 250 | 48,6 | 243 | 44,1 |
| Liegezeit (in Tagen) | | | | | | |
| Anzahl der Patienten | | | 8.538 | 100,0 | 9.091 | 100,0 |
| Mittelwert | | <i>Tage</i> | <i>8,7 Tage</i> | | <i>8,4 Tage</i> | |
| Median | | <i>Tage</i> | <i>6,0 Tage</i> | | <i>6,0 Tage</i> | |

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Thrombolyse/ Thrombektomie | | | | | | |
| keine i.v. Lyse oder Thrombektomie | | | 7.110 | 83,8 | 7.515 | 83,2 |
| i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie | | | 61 | 0,7 | 77 | 0,9 |
| i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie | | | 737 | 8,7 | 863 | 9,6 |
| i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie | | | 89 | 1,0 | 93 | 1,0 |
| i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie | | | 217 | 2,6 | 223 | 2,5 |
| Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse | | | 272 | 3,2 | 257 | 2,8 |
| Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie¹ | | | | | | |
| <= 30 Minuten | | | 579 | 51,2 | 586 | 45,6 |
| > 30 - <= 60 Minuten | | | 298 | 26,3 | 414 | 32,2 |
| > 1 - <= 2 Stunden | | | 88 | 7,8 | 101 | 7,9 |
| > 2 - <=3 Stunden | | | 22 | 1,9 | 18 | 1,4 |
| > 3 - <=4 Stunden | | | 10 | 0,9 | 6 | 0,5 |
| > 4 - <= 6 Stunden | | | 1 | 0,1 | 5 | 0,4 |
| > 6 Stunden | | | 133 | 11,8 | 154 | 12,0 |
| keine Lyse durchgeführt | | | 7.382 | 87,0 | 7.772 | 86,1 |
| Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung | | | | | | |
| <= 30 Minuten | | | 3.875 | 45,4 | 4.078 | 44,9 |
| > 30 - <= 60 Minuten | | | 1.082 | 12,7 | 1.258 | 13,8 |
| > 1 - <= 3 Stunden | | | 1.696 | 19,9 | 1.807 | 19,9 |
| > 3 - <= 6 Stunden | | | 719 | 8,4 | 769 | 8,5 |
| > 6 Stunden | | | 505 | 5,9 | 519 | 5,7 |
| 1. Bildgebung vor Aufnahme | | | 631 | 7,4 | 611 | 6,7 |
| keine Bildgebung erfolgt | | | 22 | 0,3 | 38 | 0,4 |
| Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme | | | | | | |
| <= 2 (leicht) | | | 4.422 | 56,2 | 4.718 | 56,2 |
| 3 - 8 (mittel) | | | 2.377 | 30,2 | 2.462 | 29,3 |
| 9 - 20 (schwerwiegend) | | | 897 | 11,4 | 1.017 | 12,1 |
| > 20 (sehr schwerwiegend) | | | 120 | 1,5 | 155 | 1,8 |
| keine Angabe | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2021 abweichen.

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

| | Krankenhaus 2022 | | Gesamt 2022 | | Gesamt 2021 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Sekundärprophylaxe | | | | | | |
| Statine | | | 7.417 | 86,9 | 7.803 | 85,8 |
| Antihypertensiva | | | 6.777 | 79,4 | 7.124 | 78,4 |
| Antidiabetika | | | 1.532 | 17,9 | 1.507 | 16,6 |
| keine Angabe | | | 48 | 0,6 | 60 | 0,7 |
| Versorgungssituation vor Akutereignis | | | | | | |
| unabhängig zu Hause | | | 7.012 | 82,1 | 7.445 | 81,9 |
| Pflege zu Hause | | | 832 | 9,7 | 894 | 9,8 |
| Pflege in Institution | | | 694 | 8,1 | 752 | 8,3 |
| keine Angabe | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2022.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten 'Sentinel Event'-Indikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich 'Sentinel Event' aufgeführt.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.' bzw 'nicht definiert' platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2022 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2021 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle 'Vorjahresdaten' und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle 'Vorjahresdaten' und der Auswertung 2021 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2022 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle 'Vorjahresdaten' erläutert.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die grau hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

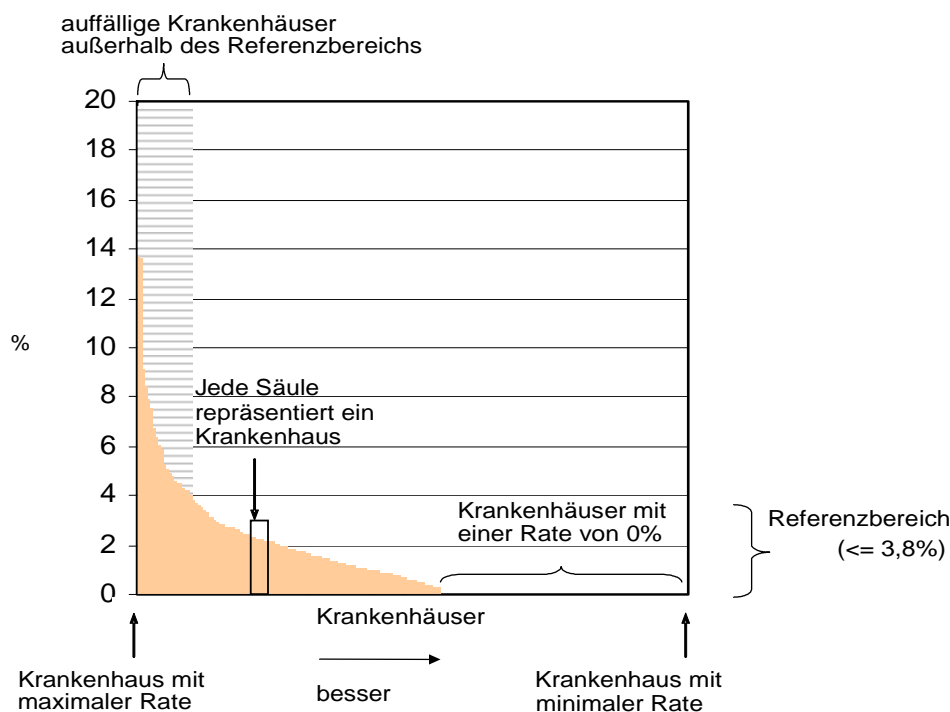
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z.B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

7. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Median der 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