

# Auswertung 1. Quartal 2023 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 13  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.273  
Datensatzversion: apo\_hh 2023 5.1  
Datenbankstand: 02. Mai 2023  
2023 - D18747-L121207-P56177

**BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH**

Standort Hamburg  
Wendenstr. 375  
D-20537 Hamburg

Standort Düsseldorf  
Vogelsanger Weg 80  
D-40470 Düsseldorf

Kontakt:  
Tel.: 040 / 25 40 78-40  
E-Mail: [info@bqs.de](mailto:info@bqs.de)  
URL: [www.bqs.de](http://www.bqs.de)

## Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2023 im I. Quartal stationär entlassen wurden.

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2023/apo_hh/83284 <b>QI 1: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			93,2%	>= 80,0%	7
2023/apo_hh/83285 <b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			93,1%	>= 80,0%	9
2023/apo_hh/83287 <b>QI 3: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,4%	>= 90,0%	11
2023/apo_hh/83288 <b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			94,0%	>= 80,0%	13
2023/apo_hh/83292 <b>QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA</b>			99,2%	>= 95,0%	15

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 6: Krankenhaussterblichkeit</b>					
2023/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2023/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			1,5%	<= 4,0%	17
2023/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			2,6%	<= 25,0%	17
2023/apo_hh/83294 <b>QI 7: Screening für Schluckstörungen</b>			86,7%	>= 80,0%	22
<b>QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden</b>					
2023/apo_hh/103490			73,9%	>= 65,0%	24
2023/apo_hh/83311 <b>QI 9: Thrombolyserate<sup>1</sup></b>			67,4%	nicht definiert	27

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time</b>					
2023/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			59,6%	>= 42,0%	29
2023/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			90,4%	>= 80,0%	29
2023/apo_hh/151296					
<b>QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie</b>					
			86,7%	>= 63,0%	33
2023/apo_hh/151297					
<b>QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie</b>					
			28,1%	nicht definiert	35
2023/apo_hh/83372					
<b>QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>					
			50,5%	>= 45,0%	37

## Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2023/apo_hh/83295 <b>Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			32,2%	-	44
2023/apo_hh/151304 <b>Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time</b>			14,8%	-	45
2023/apo_hh/151311 <b>Kennzahl 3: Door-to-door-time</b> Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			135,5 Min.	-	46
2023/apo_hh/154383 <b>Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik</b>			1,2%	-	47
2023/apo_hh/154384 <b>Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt</b>			31,4%	-	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:** 2023/apo\_hh/83284

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			565 / 606	93,2% 90,9% - 95,1% >= 80,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup> Vertrauensbereich			533 / 569	93,7% 91,3% - 95,5%

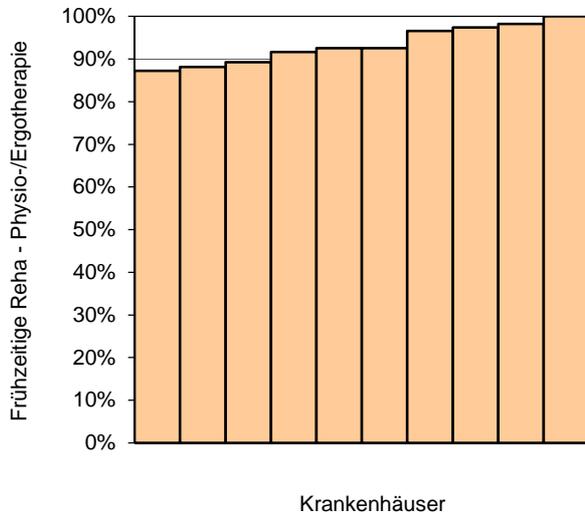
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83284]:**

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

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

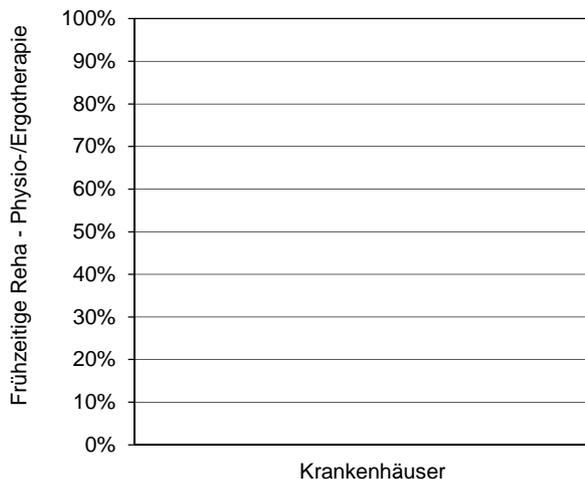
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,2	87,2	87,7	89,3	92,6	97,4	99,1	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
	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.

## Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

<b>Qualitätsziel:</b>	Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall <= Tag 2 nach Aufnahme durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA, mit Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)
<b>Indikator-ID:</b>	2023/apo_hh/83285
<b>Referenzbereich:</b>	>= 80,0%

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			610 / 655	93,1% 90,9% - 94,9% >= 80,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme <sup>1</sup> Vertrauensbereich			553 / 598	92,5% 90,1% - 94,5%

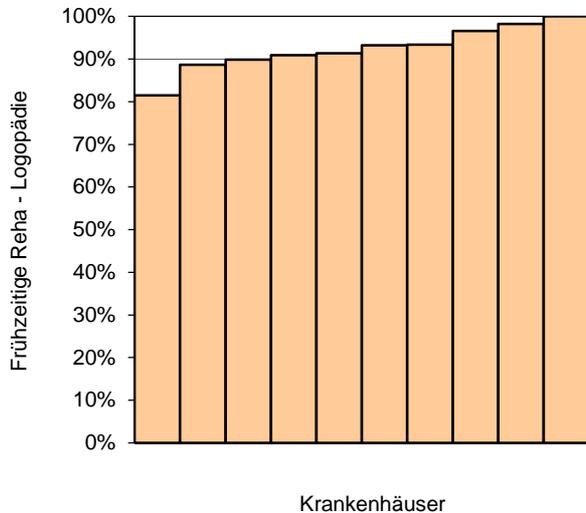
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83285]:**

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

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

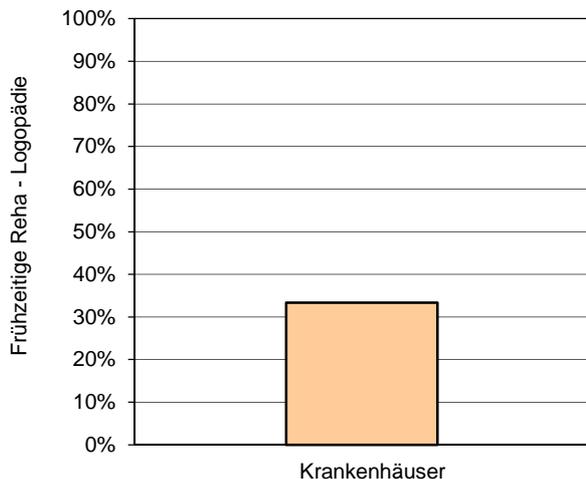
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,5	81,5	85,1	89,9	92,3	96,6	99,1	100,0	100,0

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

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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:** 2023/apo\_hh/83287

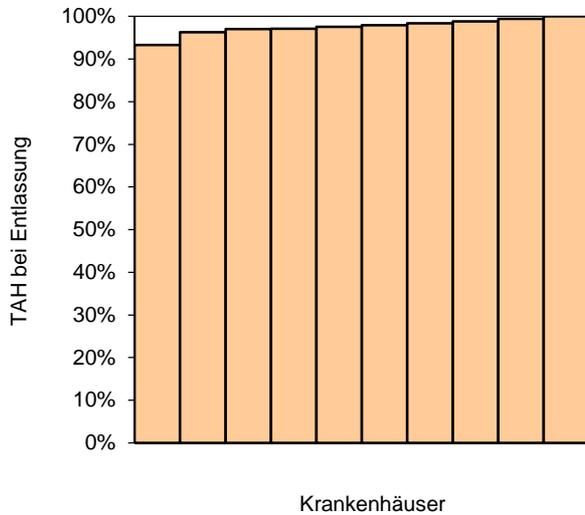
**Referenzbereich:** >= 90,0%

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.220 / 1.252	97,4%
Vertrauensbereich				96,4% - 98,2%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.268 / 1.314	96,5%
Vertrauensbereich				95,4% - 97,4%

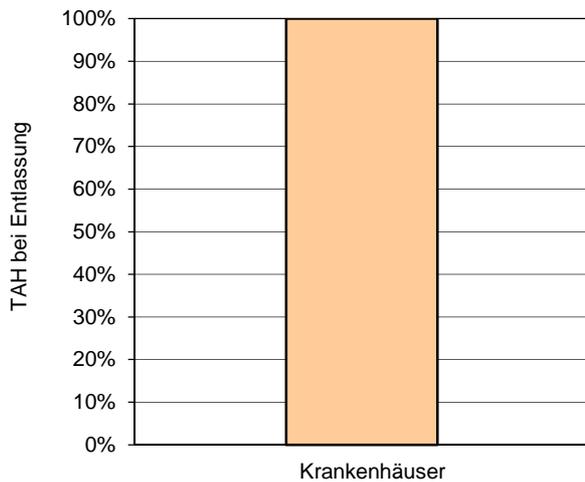
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83287]:  
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt  
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,3	93,3	94,8	97,0	97,8	98,9	99,7	100,0	100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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:** 2023/apo\_hh/83288

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			311 / 331	94,0%
Vertrauensbereich				90,8% - 96,3%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

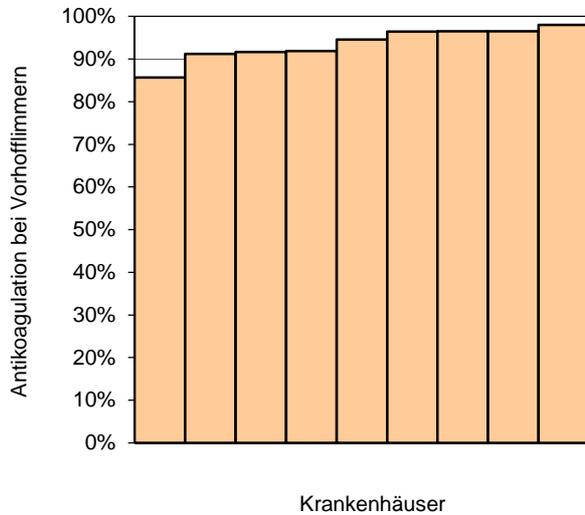
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			299 / 316	94,6%
Vertrauensbereich				91,5% - 96,8%

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

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

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

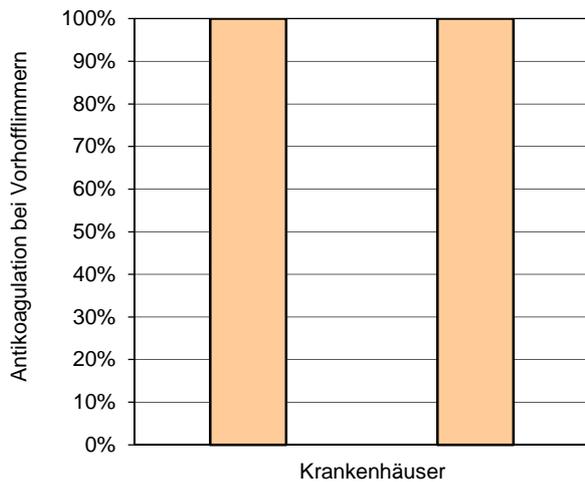
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	85,7	85,7	91,7	94,6	96,6	98,0	98,0	98,0

**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

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:** 2023/apo\_hh/83292

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.835 / 1.850	99,2% 98,7% - 99,5% >= 95,0%

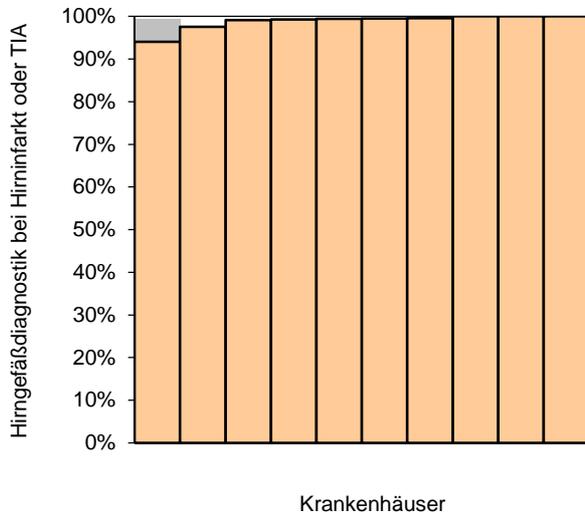
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			1.898 / 1.926	98,5% 97,9% - 99,0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83292]:**

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

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

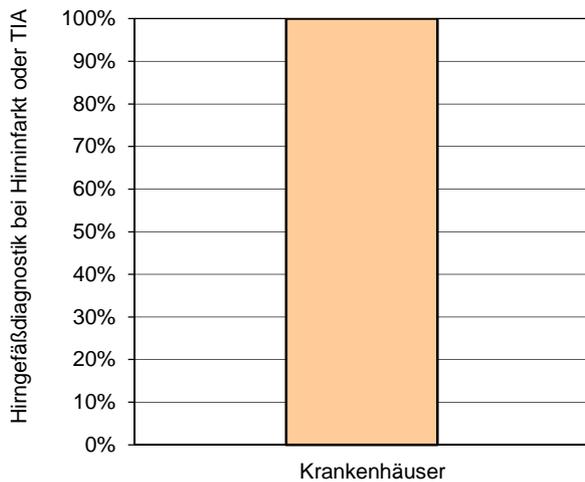
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,0	94,0	95,8	99,1	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0

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

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

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

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

**Indikator-ID:**  
 Gruppe 1: 2023/apo\_hh/83293  
 Gruppe 2: 2023/apo\_hh/83385  
 Gruppe 3: 2023/apo\_hh/83386

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

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

	Gesamt 2023 I. 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)	0 / 528 0,0%	20 / 1.332 1,5%	4 / 154 2,6%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,7%	0,9% - 2,3%	0,7% - 6,6%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

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

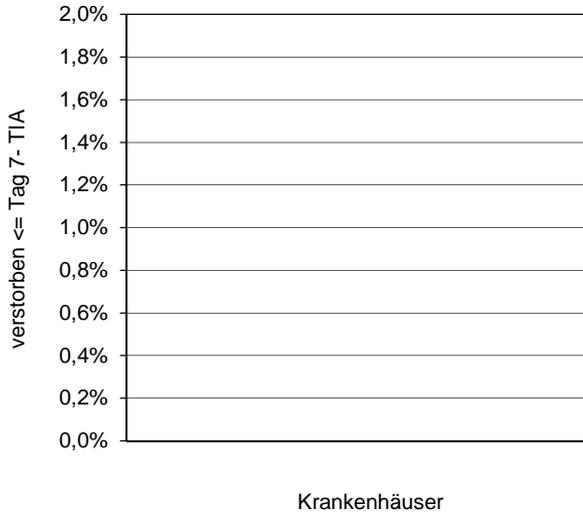
Vorjahresdaten	Gesamt 2022 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	0 / 590 0,0% 0,0% - 0,6%	27 / 1.342 2,0% 1,3% - 2,9%	2 / 158 1,3% 0,1% - 4,6%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83293]:**

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

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

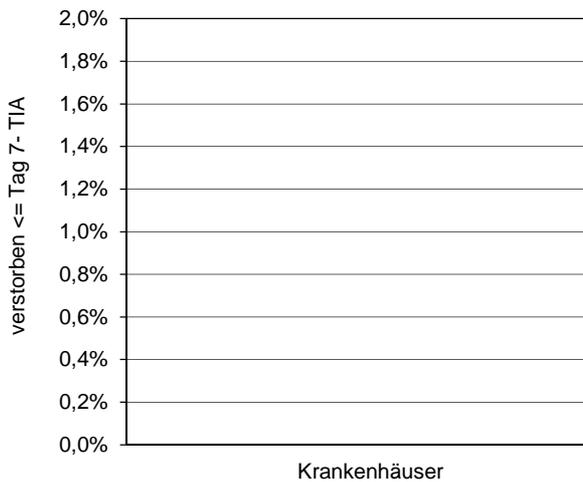
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:**

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

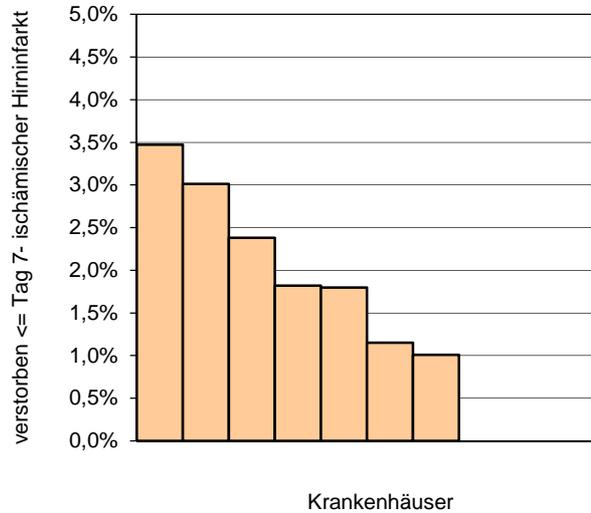
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83385]:**

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

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

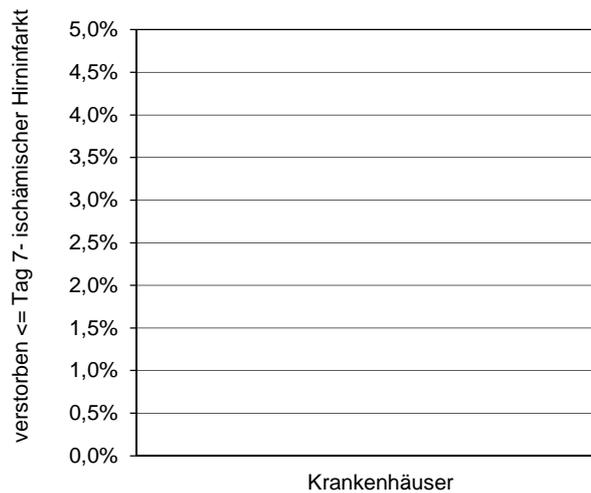
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

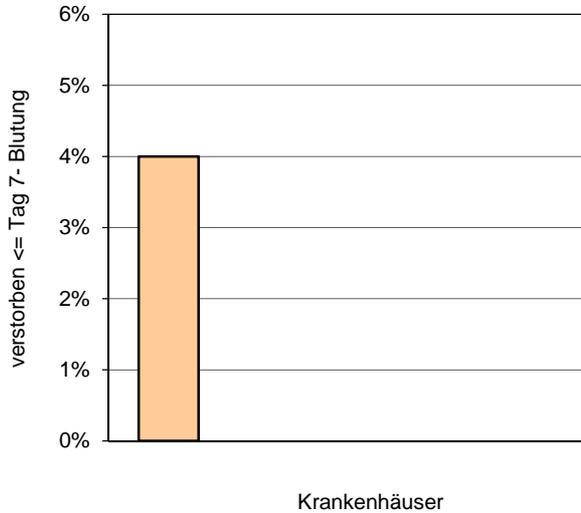
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

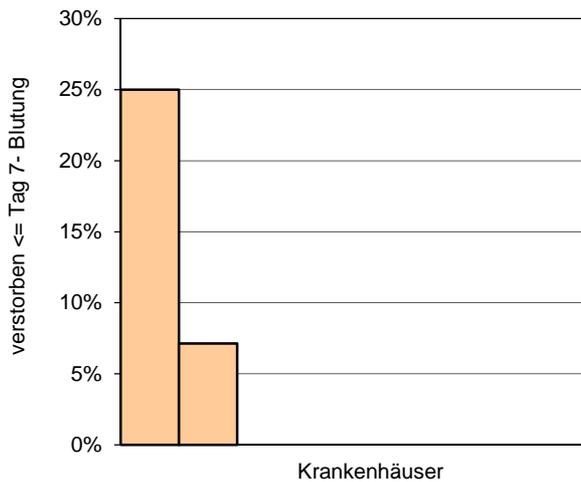
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	25,0	25,0	25,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

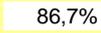
### Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

**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:** 2023/apo\_hh/83294

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.104 / 1.273	 86,7%
Vertrauensbereich				84,7% - 88,5%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

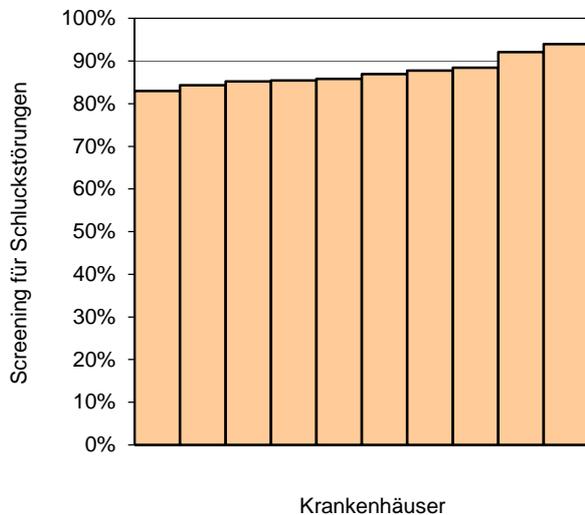
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.078 / 1.251	 86,2%
Vertrauensbereich				84,1% - 88,0%

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83294]:**

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

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

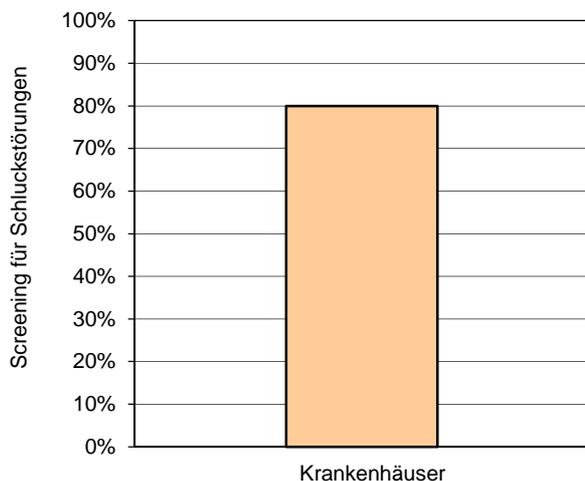
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,0	83,0	83,7	85,3	86,4	88,4	93,0	94,0	94,0

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

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

**Indikator-ID:** 2023/apo\_hh/103490

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten <sup>1</sup>			379 / 513	73,9%
Vertrauensbereich				69,8% - 77,6%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten <sup>1</sup>			361 / 514	70,2%
Vertrauensbereich				66,1% - 74,2%

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

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <sup>1</sup>				
> 30 - 60 Minuten			54 / 513	10,5%
> 1 bis 3 Stunden			38 / 513	7,4%
> 3 bis 6 Stunden			8 / 513	1,6%
> 6 Stunden			7 / 513	1,4%
1. Bildgebung vor Aufnahme			6 / 513	1,2%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 513	0,0%

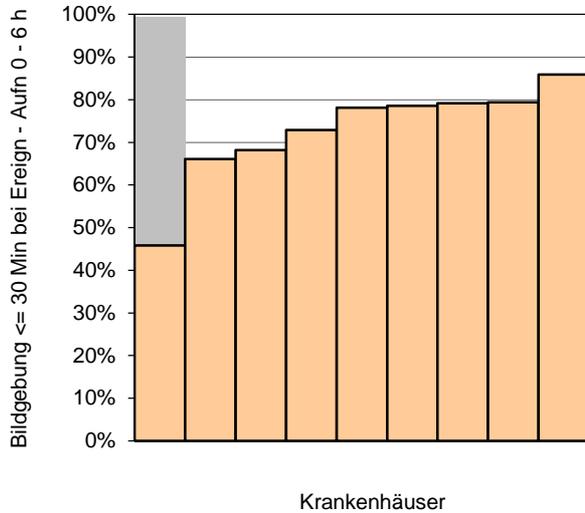
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik, ohne stationäre Erstversorgung oder mit Inhouse-Schlaganfall

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

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

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

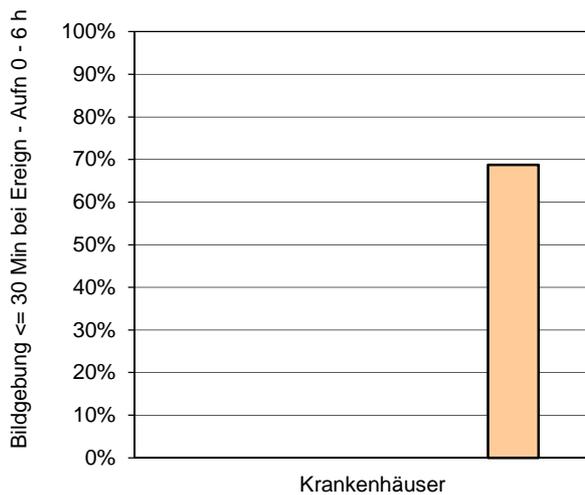
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,8	45,8	45,8	68,2	78,1	79,2	85,9	85,9	85,9

**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	68,8	68,8	68,8	68,8

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:** 2023/apo\_hh/83311

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			163 / 242	67,4%
Vertrauensbereich				61,0% - 73,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			136 / 209	65,1%
Vertrauensbereich				58,2% - 71,5%

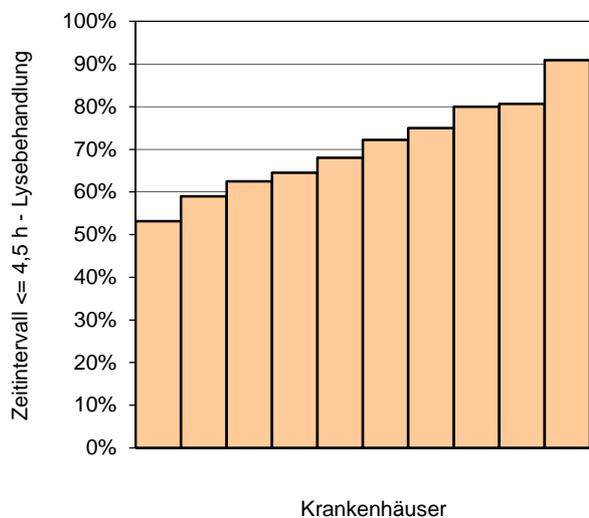
<sup>1</sup> Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9\_KH, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83311]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

10 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.

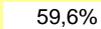
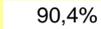


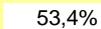
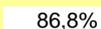
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,1	53,1	56,0	62,5	70,1	80,0	85,8	90,9	90,9

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2023/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2023/apo_hh/103509
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 42,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			155 / 260	 59,6%
Vertrauensbereich				53,4% - 65,6%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			235 / 260	 90,4%
Vertrauensbereich				86,1% - 93,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			125 / 234	 53,4%
Vertrauensbereich				46,8% - 60,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			203 / 234	 86,8%
Vertrauensbereich				81,7% - 90,8%

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
> 30 - 60 Minuten			80 / 260	30,8%
> 1 - 2 Stunden			16 / 260	6,2%
> 2 - 3 Stunden			2 / 260	0,8%
> 3 - 4 Stunden			1 / 260	0,4%
> 4 - 6 Stunden			0 / 260	0,0%
> 6 Stunden			5 / 260	1,9%
keine Lyse durchgeführt			0 / 260	0,0%

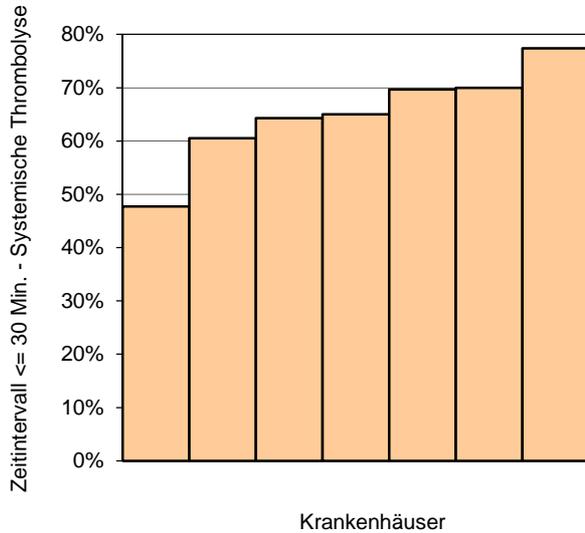
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2023/apo\_hh/103508]:**

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

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

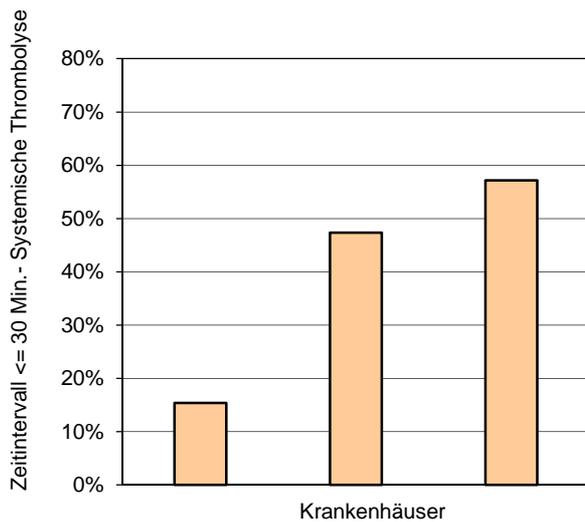
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	47,7	47,7	47,7	60,5	65,0	70,0	77,4	77,4	77,4

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

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	15,4	15,4	15,4	15,4	47,4	57,1	57,1	57,1	57,1

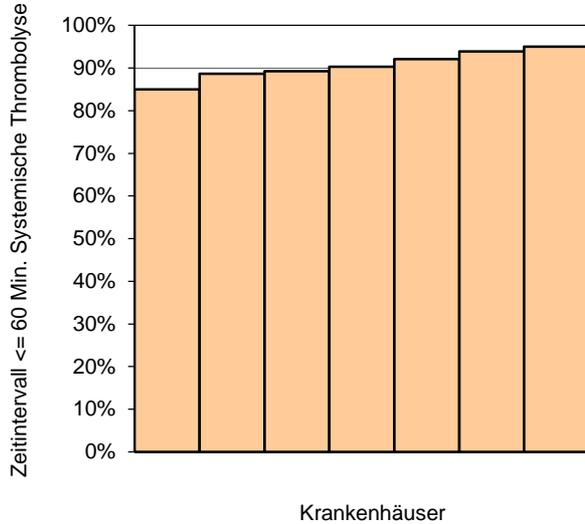
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2023/apo\_hh/103509]:**

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

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

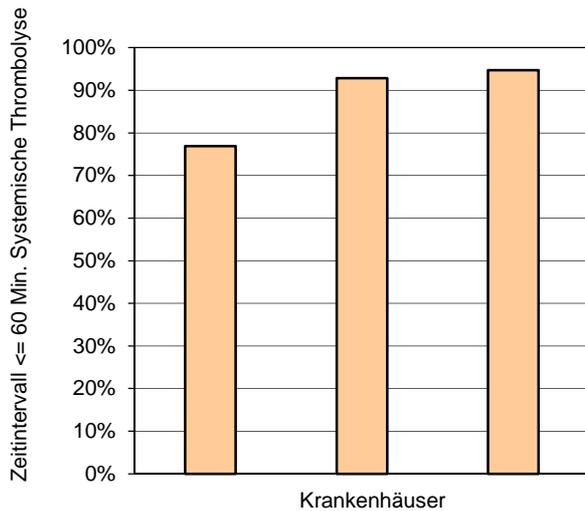
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,0	85,0	85,0	88,6	90,3	93,9	95,0	95,0	95,0

**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
	76,9	76,9	76,9	76,9	92,9	94,7	94,7	94,7	94,7

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

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

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			111 / 128	86,7%
Vertrauensbereich				79,6% - 92,1%
Referenzbereich		>= 63,0%		>= 63,0%

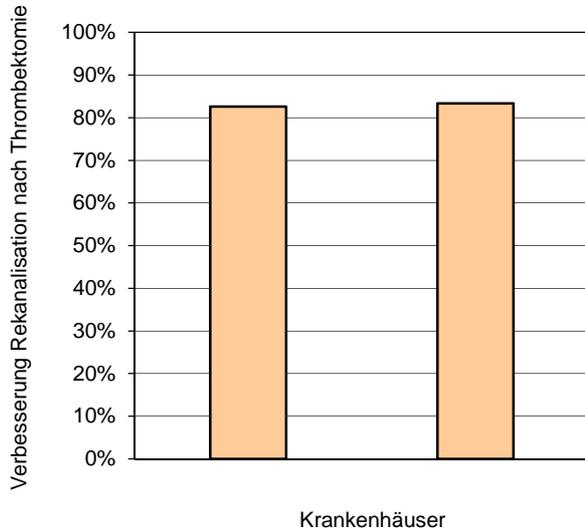
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			105 / 131	80,2%
Vertrauensbereich				72,3% - 86,6%

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

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

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

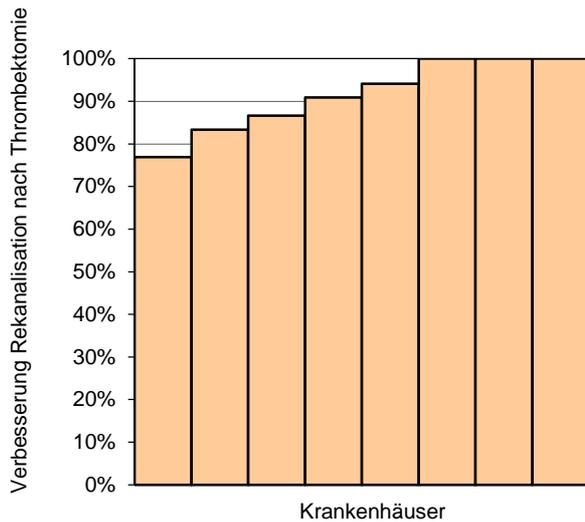
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,6	82,6	82,6	82,6	83,0	83,3	83,3	83,3	83,3

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

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,9	76,9	76,9	85,0	92,5	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:** 2023/apo\_hh/151297

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			36 / 128	28,1%
Vertrauensbereich				20,5% - 36,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

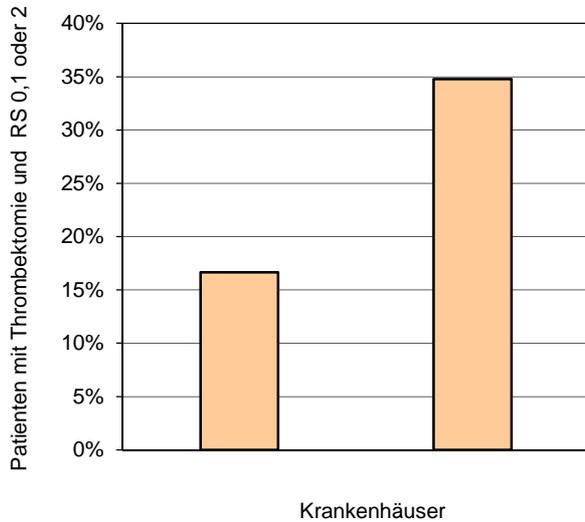
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			44 / 131	33,6%
Vertrauensbereich				25,6% - 42,4%

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

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

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

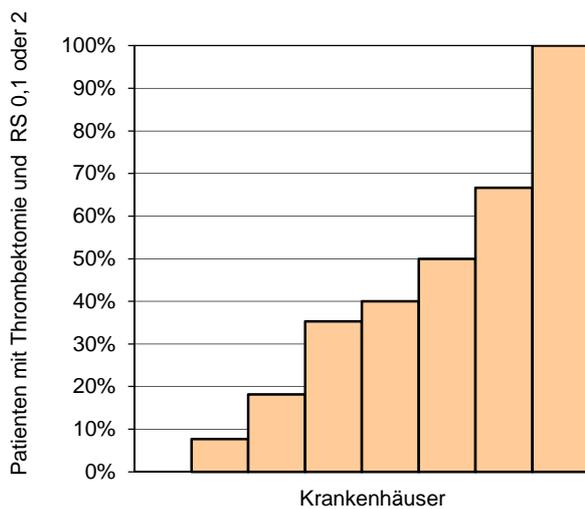
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	12,9	37,6	58,3	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

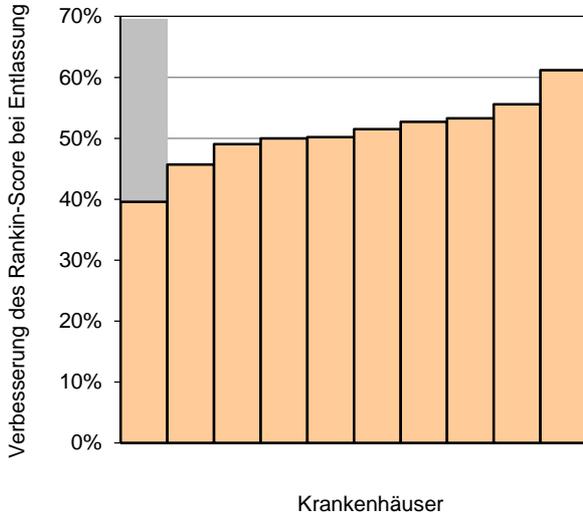
**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2023/apo\_hh/83372  
**Referenzbereich:** >= 45,0%

	Krankenhaus 2023 I. Quartal	Gesamt 2023 I. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.018 / 2.014	 50,5%
Vertrauensbereich			48,3% - 52,8%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal	Gesamt 2022 I. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.075 / 2.090	 51,4%
Vertrauensbereich			49,3% - 53,6%

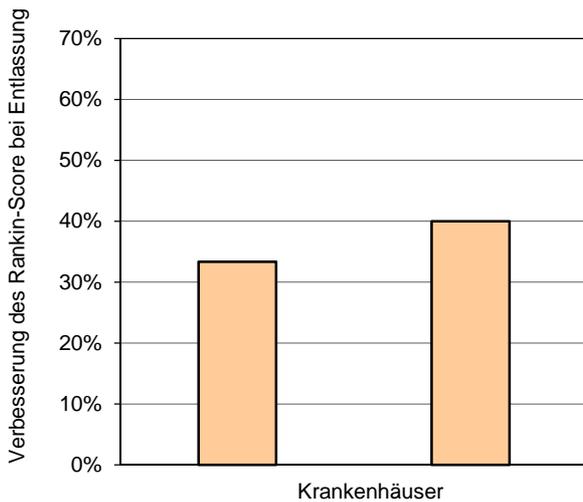
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	39,6	39,6	42,6	49,0	50,8	53,3	58,4	61,2	61,2

**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
	33,3	33,3	33,3	33,3	36,7	40,0	40,0	40,0	40,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhaus 2023 I. Quartal**

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

**Gesamt 2023 I. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	320 15,9%	170 8,4%	128 6,4%	61 3,0%	15 0,7%	2 0,1%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	7 0,3%	95 4,7%	139 6,9%	63 3,1%	38 1,9%	10 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	10 0,5%	115 5,7%	147 7,3%	52 2,6%	22 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	5 0,2%	13 0,6%	90 4,5%	83 4,1%	35 1,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	6 0,3%	11 0,5%	61 3,0%	53 2,6%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	1 0,0%	10 0,5%	9 0,4%	103 5,1%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

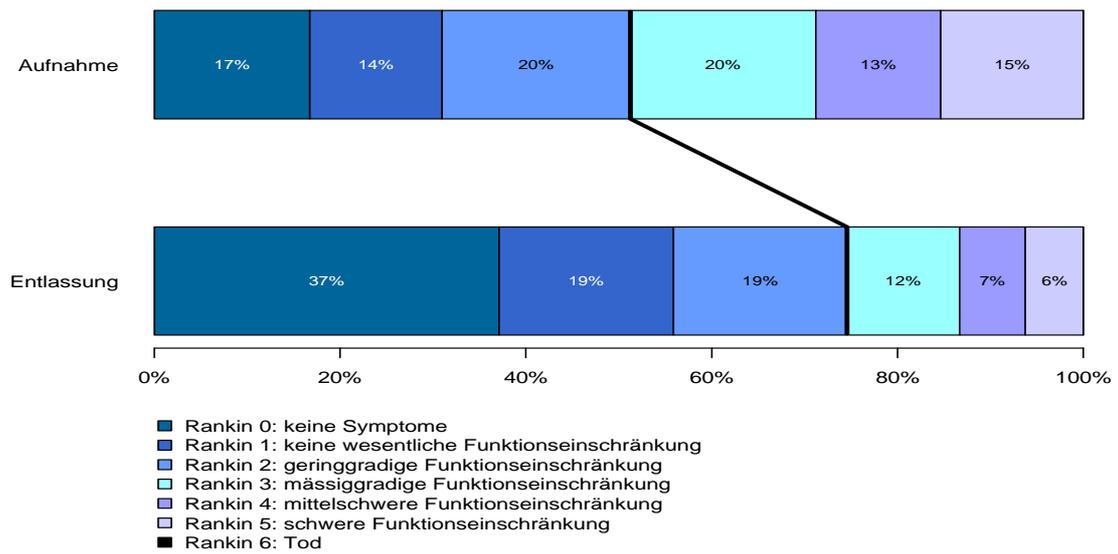
**Vorjahresdaten  
Krankenhaus 2022 I. Quartal**

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

**Vorjahresdaten**  
**Gesamt 2022 I. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	360 17,2%	197 9,4%	121 5,8%	72 3,4%	21 1,0%	12 0,6%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	15 0,7%	120 5,7%	153 7,3%	75 3,6%	26 1,2%	15 0,7%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	6 0,3%	10 0,5%	99 4,7%	138 6,6%	51 2,4%	22 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	3 0,1%	13 0,6%	74 3,5%	77 3,7%	33 1,6%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	8 0,4%	4 0,2%	60 2,9%	62 3,0%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	3 0,1%	3 0,1%	3 0,1%	11 0,5%	81 3,9%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

### Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

### Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden

**Qualitätsziel:** Minimierung des Zeitintervalls zwischen Symptombeginn und Aufnahme (event-to-door-time; ETDT) im Krankenhaus bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall oder TIA

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2023/apo\_hh/83295

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme <sup>1</sup>				
0 - <= 2 Stunden			530 / 2.014	26,3%
> 2 - <= 3 Stunden			118 / 2.014	5,9%
> 3 - <= 6 Stunden			145 / 2.014	7,2%
> 6 - <= 24 Stunden			197 / 2.014	9,8%
> 24 - <= 48 Stunden			48 / 2.014	2,4%
> 48 Stunden			111 / 2.014	5,5%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden <sup>1</sup>			648 / 2.014	32,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden <sup>1</sup>			620 / 2.090	29,7%

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

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

**Qualitätsziel:** Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Kennzahl-ID:** 2023/apo\_hh/151304

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion <sup>1</sup>				
0 - <= 30 Minuten			0 / 128	0,0%
> 30 - <= 60 Minuten			19 / 128	14,8%
> 60 - <= 90 Minuten			45 / 128	35,2%
> 90 - <= 120 Minuten			43 / 128	33,6%
> 120 - <= 180 Minuten			15 / 128	11,7%
> 180 Minuten			5 / 128	3,9%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten <sup>1</sup>			19 / 128	14,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten <sup>1</sup>			24 / 131	18,3%

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

### Kennzahl 3: Door-to-door-time

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden

**Kennzahl-ID:** 2023/apo\_hh/151311

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			12 / 2.014	0,6%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			5 / 12	41,7%
> 2 - <= 3 Stunden			2 / 12	16,7%
> 3 - <= 6 Stunden			1 / 12	8,3%
> 6 - <= 24 Stunden			2 / 12	16,7%
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 12	0,0%
> 48 Stunden			2 / 12	16,7%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				135,5 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				114,0 Min.

### **Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik<sup>1</sup>**

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

**Kennzahl-ID:** 2023/apo\_hh/154383

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			3 / 255	1,2%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			4 / 224	1,8%

<sup>1</sup> Informationsgewinn über die Organisation der Schlaganfallversorgung in der Region.

**Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt**

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

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

**Kennzahl-ID:** 2023/apo\_hh/154384

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			80 / 255	31,4%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2022 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			74 / 224	33,0%

## Basisdaten

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			2.273	100,0	2.404	100,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.273		2.404	

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

## Patienten

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.955		1.980	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			1.034	52,9	1.050	53,0
weiblich			916	46,9	928	46,9
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			5	0,3	2	0,1

## Aufnahme

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Erstversorgung</b>						
ja			1.940 / 2.273	85,3	1.972 / 2.404	82,0
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			59 / 2.273	2,6	110 / 2.404	4,6
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			8 / 2.273	0,4	2 / 2.404	0,1
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			4 / 2.273	0,2	5 / 2.404	0,2
nein, keine stationäre Aufnahme			259 / 2.273	11,4	314 / 2.404	13,1
Inhouse-Schlaganfall			3 / 2.273	0,1	1 / 2.404	0,0
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			1.552	77,1	1.621	77,6
Sonnabend oder Sonntag			462	22,9	469	22,4
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
<b>Sprechstörung</b>						
ja			688	34,2	671	32,1
nein			1.292	64,2	1.360	65,1
nicht bestimmbar			34	1,7	59	2,8
<b>Sprachstörung</b>						
ja			444	22,0	473	22,6
nein			1.545	76,7	1.574	75,3
nicht bestimmbar			25	1,2	43	2,1
<b>Motorische Ausfälle</b>						
ja			932	46,3	930	44,5
nein			1.069	53,1	1.137	54,4
nicht bestimmbar			13	0,6	23	1,1
<b>Schluckstörung</b>						
ja			237	11,8	265	12,7
nein			1.646	81,7	1.687	80,7
nicht bestimmbar			131	6,5	138	6,6
<b>Bewusstseinsstörung</b>						
ja			146	7,2	183	8,8
nein			1.857	92,2	1.892	90,5
nicht bestimmbar			11	0,5	15	0,7

**Aufnahme (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			1.206	59,9	1.235	59,1
nein			808	40,1	855	40,9
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			272	22,6	262	21,2
> 1 - <= 2 Stunden			297	24,6	286	23,2
> 2 - <= 3 Stunden			118	9,8	122	9,9
> 3 - <= 3,5 Stunden			35	2,9	42	3,4
> 3,5 - <= 4 Stunden			35	2,9	44	3,6
> 4 - <= 6 Stunden			75	6,2	88	7,1
> 6 - <= 24 Stunden			197	16,3	185	15,0
> 24 - <= 48 Stunden			48	4,0	66	5,3
> 48 Stunden			111	9,2	125	10,1
wake up stroke						
ja			288	35,6	311	36,4
nein			520	64,4	544	63,6

## Diagnostik

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diagnostik bei Aufnahme</b>						
<b>Bildgebung durchgeführt</b>						
keine Bildgebung erfolgt			1	0,0	6	0,3
1. Bildgebung extern			117	5,8	151	7,2
1. Bildgebung intern			1.896	94,1	1.933	92,5
wenn 1. Bildgebung intern, <b>Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus</b>						
CCT			796	42,0	843	43,6
CCT mit CTA			1.035	54,6	1.002	51,8
MRT			40	2,1	39	2,0
MRT mit MRA			25	1,3	49	2,5
<b>Gefäßverschluss</b>						
ja			276	13,7	298	14,3
nein			1.738	86,3	1.792	85,7
<b>Thrombektomie</b>						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			110	85,9	117	89,3
nein			3	2,3	6	4,6
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
<b>Art des Gefäßverschlusses</b>						
Carotis T			14	12,7	20	17,1
M1			59	53,6	53	45,3
M2			19	17,3	25	21,4
Basilaris			5	4,5	5	4,3
Sonstige			13	11,8	14	12,0
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			96	87,3	97	82,9
nein			14	12,7	20	17,1
<b>Dauer der Symptome</b>						
nicht bestimmbar, da Verlegung			13	0,6	19	0,9
<= 24 Stunden			796	39,5	919	44,0
> 24 Stunden			1.205	59,8	1.152	55,1

### Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Weiterführende Diagnostik</b>						
<b>Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße</b>						
extrakraniell			1.845	92,2	1.902	91,3
Intrakraniell			1.854	92,6	1.903	91,4
<b>Schlucktest nach Protokoll durchgeführt</b>						
ja			1.718	85,8	1.767	84,8
nein			273	13,6	310	14,9
nicht durchführbar			11	0,5	6	0,3
<b>Vorhofflimmern</b>			491	24,5	511	24,5
<b>Komplikationen - Pneumonie</b>						
nein			1.824	91,1	1.915	91,9
ja			178	8,9	168	8,1
<b>Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis</b>						
nein			1.793	89,6	1.895	91,0
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			33	1,6	32	1,5
Stenting im Verlauf			9	0,4	21	1,0
TEA			21	1,0	27	1,3

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

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.332	66,1	1.342	64,2
TIA			528	26,2	590	28,2
ICB			154	7,6	158	7,6
unklar			0	0,0	0	0,0

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

### Rankin Skala

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme</b>						
Rankin 0			337	16,7	385	18,4
Rankin 1			287	14,3	340	16,3
Rankin 2			408	20,3	405	19,4
Rankin 3			402	20,0	376	18,0
Rankin 4			271	13,5	267	12,8
Rankin 5			309	15,3	317	15,2
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			694	37,1	780	40,3
Rankin 1			351	18,8	401	20,7
Rankin 2			349	18,7	326	16,8
Rankin 3			227	12,1	202	10,4
Rankin 4			132	7,1	134	6,9
Rankin 5			117	6,3	94	4,9

## Rehabilitation

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn Physiotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.641	82,0	1.685	80,9
> Tag 2 nach Aufnahme			35	1,7	50	2,4
keine			326	16,3	348	16,7
<b>Beginn Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.596	79,7	1.569	75,3
> Tag 2 nach Aufnahme			26	1,3	33	1,6
keine			380	19,0	481	23,1

## Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulantien</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			543	27,1	552	26,5
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b>			1.453	72,6	1.490	71,5
<b>Antihypertensiva</b>			1.623	81,1	1.662	79,8
<b>Antidiabetika</b>			369	18,4	358	17,2
<b>Statine</b>			1.792	89,5	1.806	86,7

## Entlassung

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsart</b>						
nach Hause			1.251	62,5	1.311	62,9
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			444	22,2	408	19,6
andere Abteilung			51	2,5	54	2,6
externe Akut-Klinik			27	1,3	26	1,2
Pflegeeinrichtung			124	6,2	164	7,9
verstorben			105	5,2	120	5,8
<b>wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik</b>						
zur Thrombektomie			2	6,9	4	14,8
zur Desobliteration der A. carotis			6	20,7	6	22,2
zur Hemikraniektomie			4	13,8	2	7,4
aus anderen Gründen			17	58,6	15	55,6
<b>wenn verstorben</b>						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			55	52,4	59	49,2
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			50	47,6	61	50,8
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			2.014	100,0	2.090	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>8,7 Tage</i>		<i>8,0 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 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse/ Thrombektomie</b>						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.672	83,5	1.756	84,3
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			9	0,4	15	0,7
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			193	9,6	181	8,7
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			16	0,8	23	1,1
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			63	3,1	48	2,3
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			49	2,4	60	2,9
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			159	55,8	130	47,8
> 30 - <= 60 Minuten			80	28,1	78	28,7
> 1 - <= 2 Stunden			17	6,0	22	8,1
> 2 - <=3 Stunden			2	0,7	8	2,9
> 3 - <=4 Stunden			2	0,7	2	0,7
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			25	8,8	32	11,8
keine Lyse durchgeführt			1.721	86,0	1.816	87,2
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			948	47,1	936	44,8
> 30 - <= 60 Minuten			274	13,6	277	13,3
> 1 - <= 3 Stunden			405	20,1	440	21,1
> 3 - <= 6 Stunden			173	8,6	170	8,1
> 6 Stunden			94	4,7	109	5,2
1. Bildgebung vor Aufnahme			117	5,8	151	7,2
keine Bildgebung erfolgt			1	0,0	6	0,3
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b>						
<= 2 (leicht)			1.054	56,4	1.124	58,0
3 - 8 (mittel)			553	29,6	553	28,5
9 - 20 (schwerwiegend)			231	12,4	215	11,1
> 20 (sehr schwerwiegend)			28	1,5	31	1,6
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

## Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal		Gesamt 2022 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			1.793	89,0	1.807	86,5
Antihypertensiva			1.624	80,6	1.663	79,6
Antidiabetika			370	18,4	358	17,1
keine Angabe			10	0,5	6	0,3
<b>Versorgungssituation vor Akutereignis</b>						
unabhängig zu Hause			1.667	82,8	1.730	82,8
Pflege zu Hause			193	9,6	183	8,8
Pflege in Institution			154	7,6	177	8,5
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

##### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2023 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2022 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle 'Vorjahresdaten' und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle 'Vorjahresdaten' und der Auswertung 2022 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2023 überarbeitet worden sind.

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

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

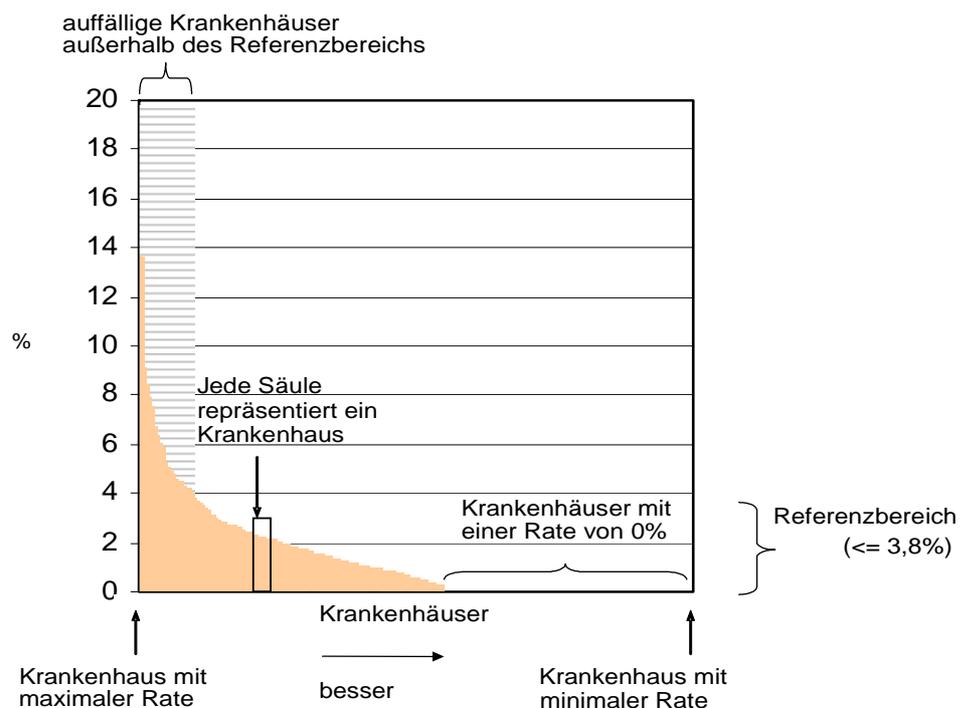
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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



### 3. Basisauswertung

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

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 6. Interpretation der Ergebnisse

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

## 7. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

### Median der Krankenhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankenhausergebnisse kleiner und 50% der Krankenhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

### Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil.

### Rate

Siehe Anteil

### Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung

### Verhältnis

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung 'Verhältnis' verwendet.

### Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

### BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH  
Standort Hamburg  
Wendenstraße 375  
D-20537 Hamburg

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH  
Standort Düsseldorf  
Vogelsanger Weg 80  
D-40470 Düsseldorf