

Auswertung 3. Quartal 2023 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.269
Datensatzversion: apo_hh 2023 5.1
Datenbankstand: 02. November 2023
2023 - D18764-L121355-P56227

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 2023 im III. 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 III. Quartal stationär entlassen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2023/apo_hh/83284 QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			95,8%	>= 80,0%	7
2023/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			95,5%	>= 80,0%	9
2023/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			98,0%	>= 90,0%	11
2023/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			91,7%	>= 80,0%	13
2023/apo_hh/83292 QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA			99,2%	>= 95,0%	15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Krankenhaussterblichkeit					
2023/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2023/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			1,8%	<= 4,0%	17
2023/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			3,3%	<= 25,0%	17
2023/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			91,4%	>= 80,0%	22
2023/apo_hh/103490 QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden					
			72,9%	>= 65,0%	24
2023/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹			67,0%	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					
2023/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			61,0%	>= 42,0%	29
2023/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			89,2%	>= 80,0%	29
2023/apo_hh/151296					
QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie					
			83,1%	>= 63,0%	33
2023/apo_hh/151297					
QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie					
			33,1%	nicht definiert	35
2023/apo_hh/83372					
QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			50,8%	>= 45,0%	37

Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2023/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			27,2%	-	44
2023/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			20,6%	-	45
2023/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			91,5 Min.	-	46
2023/apo_hh/154383 Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik			4,7%	-	47
2023/apo_hh/154384 Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt			36,9%	-	48

Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Indikator-ID: 2023/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			499 / 521	95,8% 93,7% - 97,3% >= 80,0%

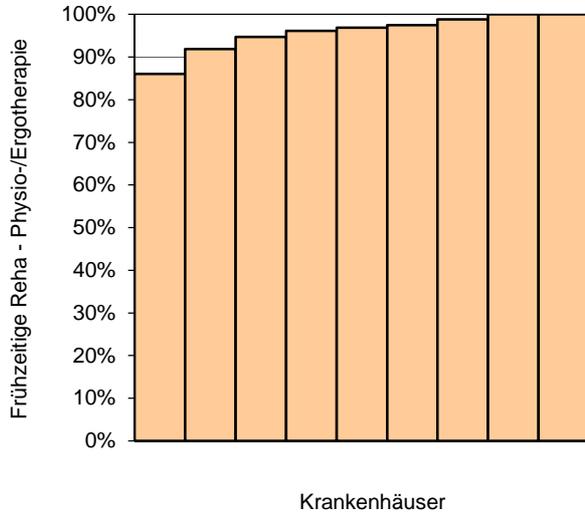
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			563 / 604	93,2% 90,9% - 95,1%

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 an allen Patienten mit dokumentierter Parese und deutlicher Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA und Entlassungsgrund Tod und mit Inhouse-Schlaganfall)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

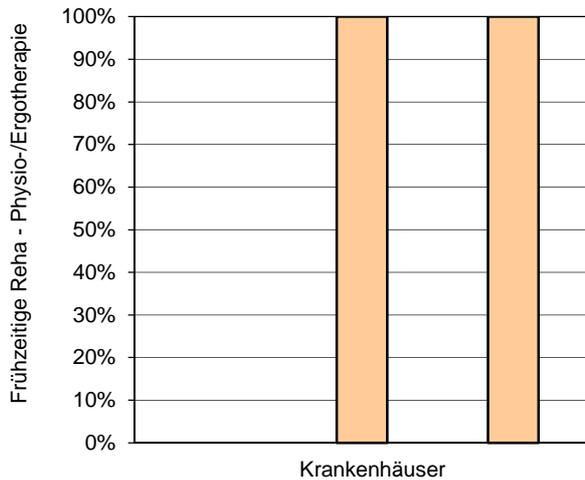
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,0	86,0	86,0	94,7	96,9	98,8	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

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

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

Indikator-ID: 2023/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			514 / 538	95,5% 93,4% - 97,1% >= 80,0%

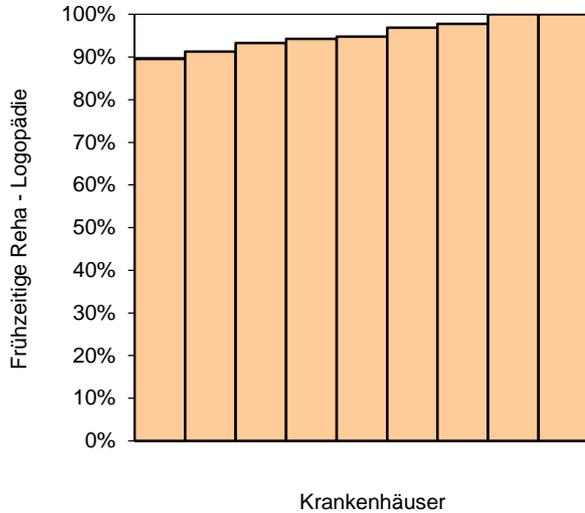
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			538 / 578	93,1% 90,7% - 95,0%

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 an allen Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA, Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod und mit Inhouse-Schlaganfall)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

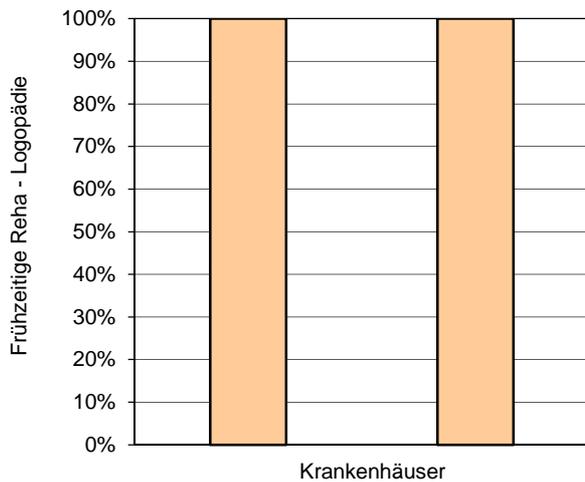
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,6	89,6	89,6	93,3	94,8	97,8	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

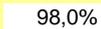
Qualitätsindikator 3: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

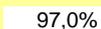
Qualitätsziel: Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) zum Zeitpunkt der Entlassung als Sekundärprophylaxe nach Hirninfarkt oder TIA

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

Indikator-ID: 2023/apo_hh/83287

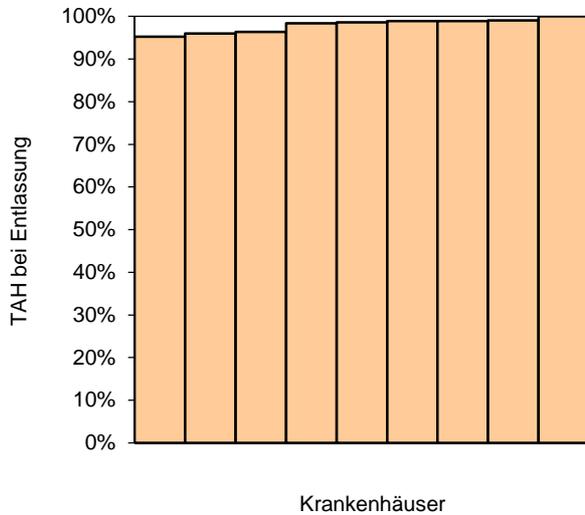
Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.151 / 1.174	 98,0%
Vertrauensbereich				97,1% - 98,8%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.223 / 1.261	 97,0%
Vertrauensbereich				95,9% - 97,9%

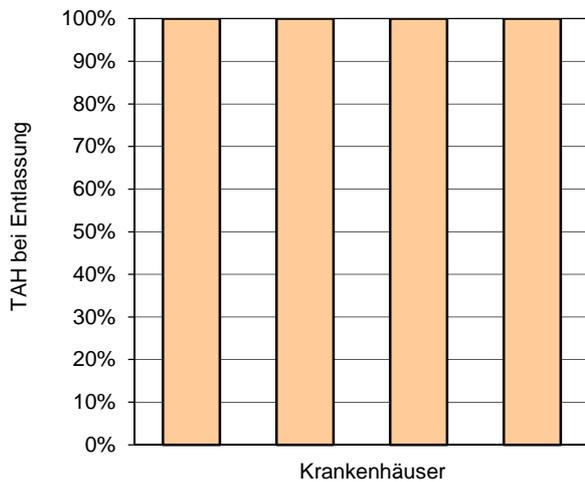
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2023/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,3	95,3	95,3	96,4	98,6	98,9	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	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 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			275 / 300	91,7%
Vertrauensbereich				87,9% - 94,5%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

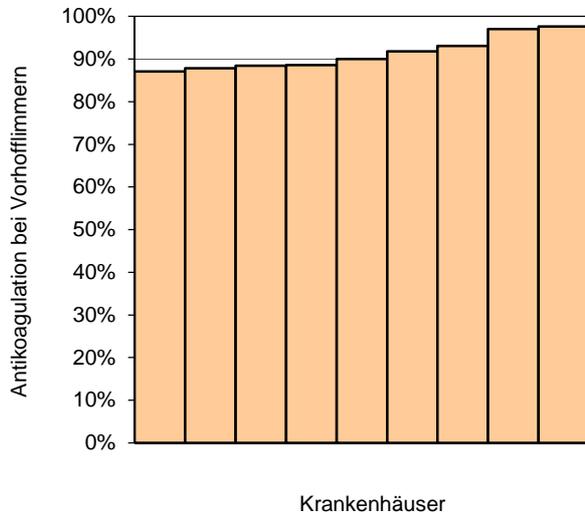
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			310 / 327	94,8%
Vertrauensbereich				91,8% - 97,0%

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:

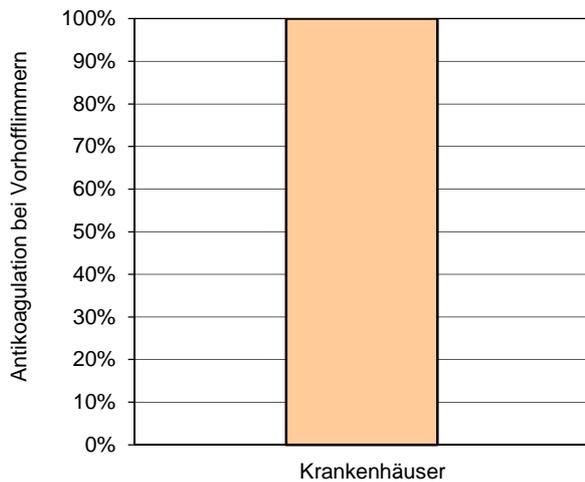
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,1	87,1	87,1	88,5	90,0	93,1	97,6	97,6	97,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA und Erstversorgung

Indikator-ID: 2023/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 95,0%

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. 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			1.695 / 1.709	99,2% 98,6% - 99,6% >= 95,0%

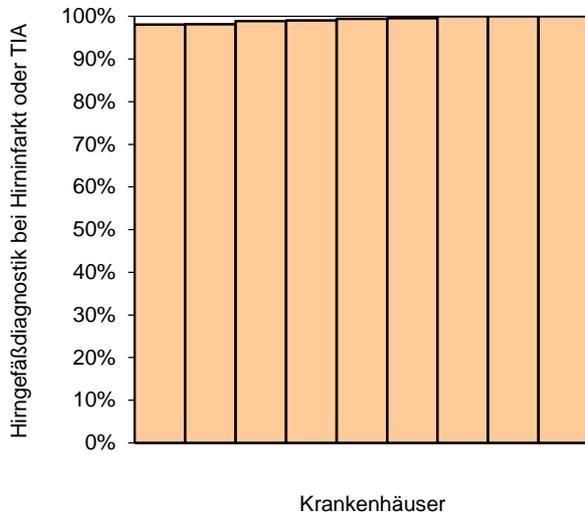
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			1.826 / 1.856	98,4% 97,7% - 98,9%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

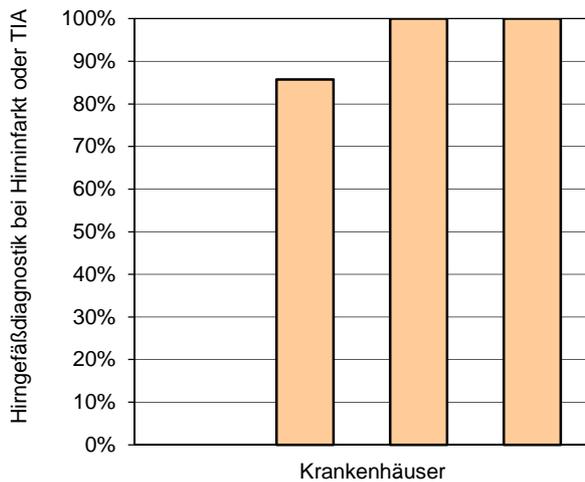
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,1	98,1	98,1	98,9	99,4	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	42,9	92,9	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 III. 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 III. 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 / 509 0,0%	22 / 1.217 1,8%	4 / 122 3,3%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,7%	1,1% - 2,7%	0,9% - 8,3%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. 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			

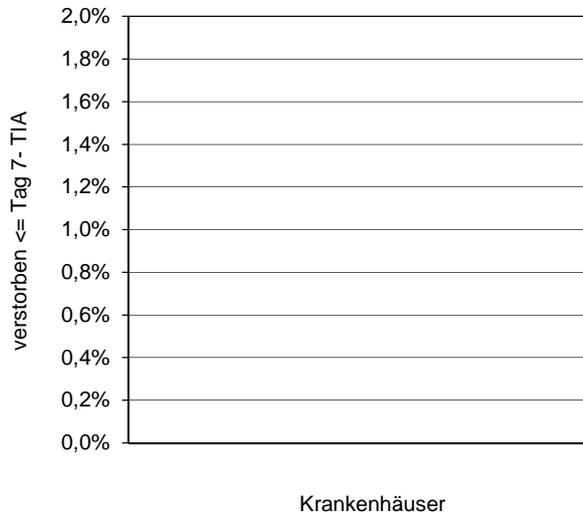
Vorjahresdaten	Gesamt 2022 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	0 / 535 0,0% 0,0% - 0,7%	14 / 1.333 1,1% 0,6% - 1,8%	5 / 158 3,2% 1,0% - 7,3%

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:

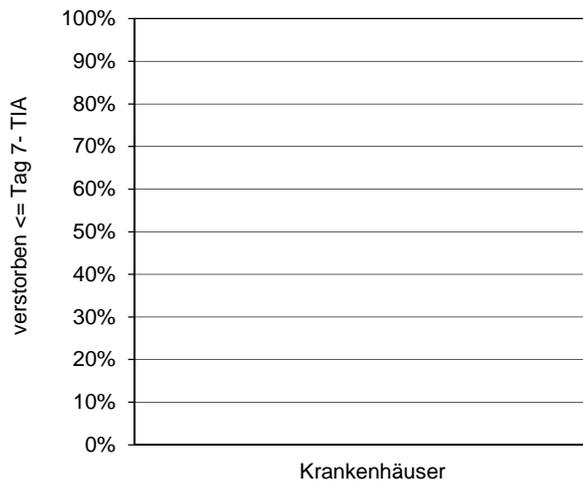
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

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



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

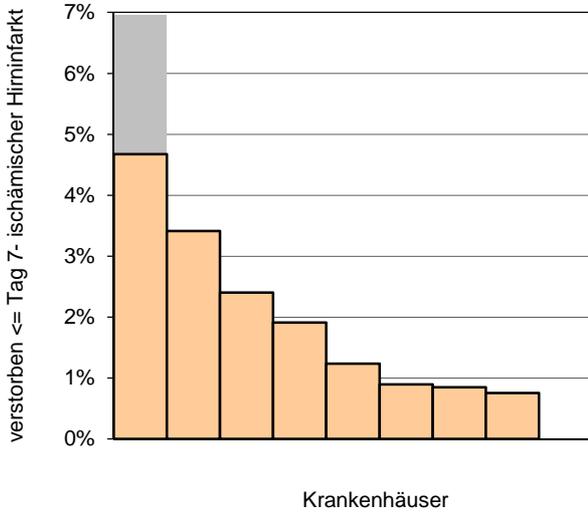
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

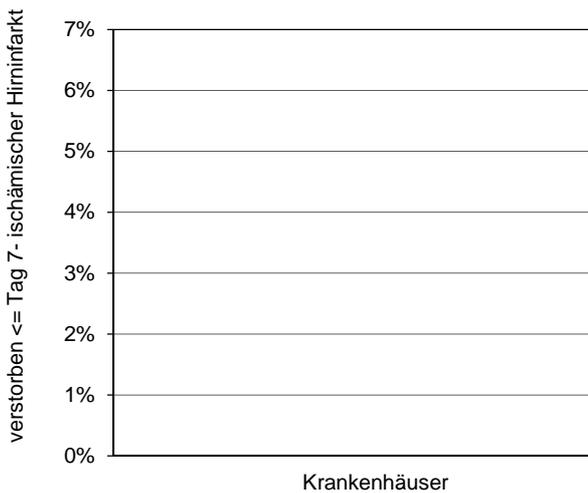
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

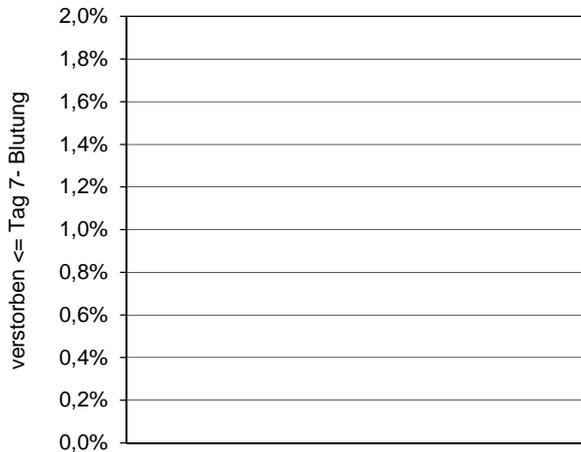
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2023/apo_hh/83386]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

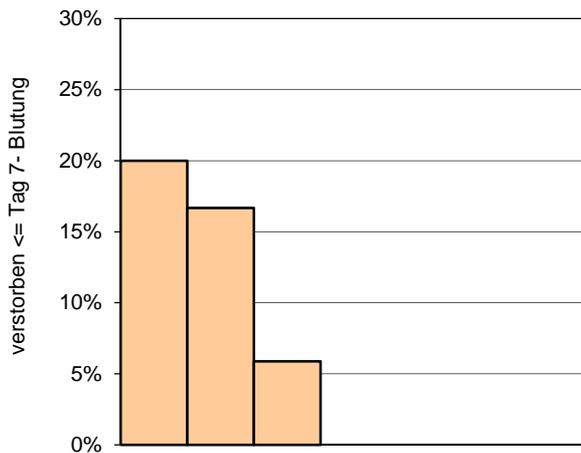


Krankenhäuser

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	20,0	20,0	20,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

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

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

Indikator-ID: 2023/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.011 / 1.106	91,4%
Vertrauensbereich				89,6% - 93,0%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

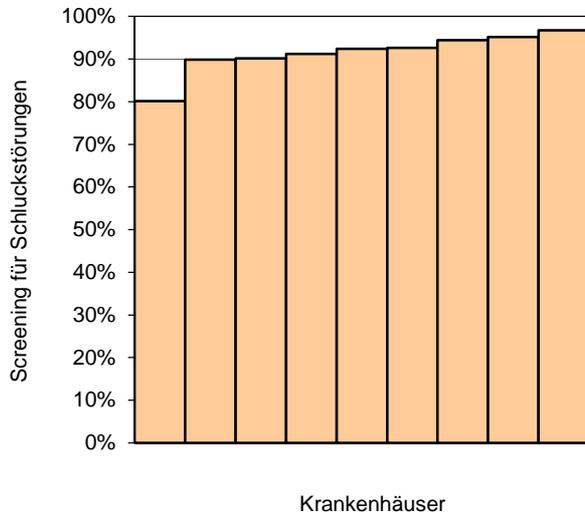
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.132 / 1.239	91,4%
Vertrauensbereich				89,7% - 92,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2023/apo_hh/83294]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

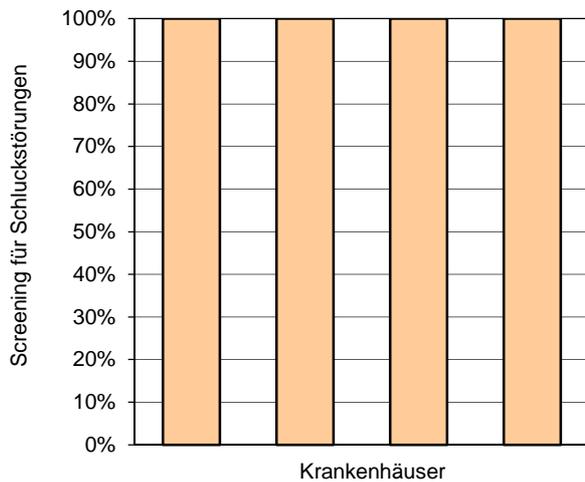
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,2	80,2	80,2	90,1	92,4	94,4	96,8	96,8	96,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	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 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 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹			299 / 410	72,9%
Vertrauensbereich				68,3% - 77,2%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹			317 / 427	74,2%
Vertrauensbereich				69,8% - 78,3%

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 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) ¹				
> 30 - 60 Minuten			36 / 410	8,8%
> 1 bis 3 Stunden			31 / 410	7,6%
> 3 bis 6 Stunden			11 / 410	2,7%
> 6 Stunden			9 / 410	2,2%
1. Bildgebung vor Aufnahme			2 / 410	0,5%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 410	0,0%

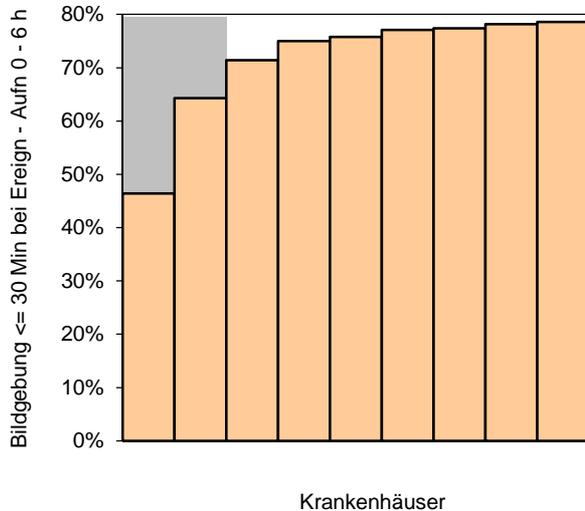
¹ Ausschluss: Patienten mit Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik, ohne stationäre Erstversorgung oder mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:

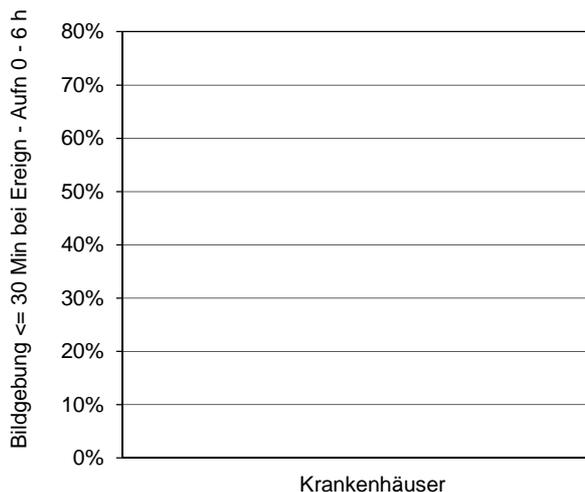
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,4	46,4	46,4	71,4	75,8	77,4	78,6	78,6	78,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Thrombolyserate

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

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

Indikator-ID: 2023/apo_hh/83311

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

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			130 / 194	67,0%
Vertrauensbereich				59,9% - 73,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			130 / 210	61,9%
Vertrauensbereich				55,0% - 68,5%

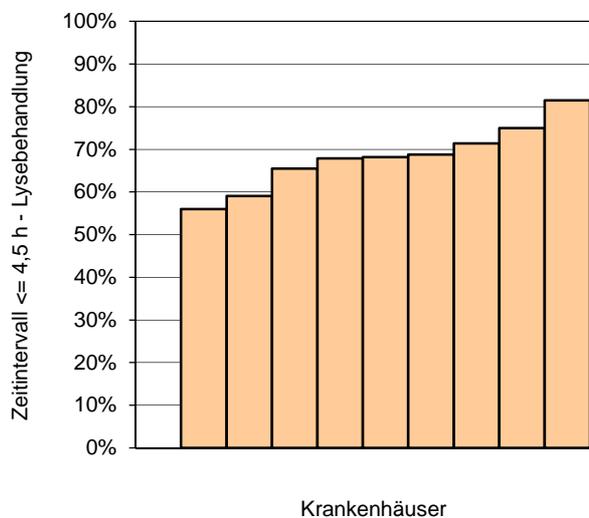
¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 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 ≥ 4 und ≤ 25 bei Aufnahme

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	28,0	59,1	68,0	71,4	78,2	81,5	81,5

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

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			147 / 241	61,0%
Vertrauensbereich				54,5% - 67,2%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			215 / 241	89,2%
Vertrauensbereich				84,6% - 92,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			143 / 236	60,6%
Vertrauensbereich				54,0% - 66,9%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			201 / 236	85,2%
Vertrauensbereich				80,0% - 89,5%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
> 30 - 60 Minuten			68 / 241	28,2%
> 1 - 2 Stunden			19 / 241	7,9%
> 2 - 3 Stunden			2 / 241	0,8%
> 3 - 4 Stunden			0 / 241	0,0%
> 4 - 6 Stunden			0 / 241	0,0%
> 6 Stunden			3 / 241	1,2%
keine Lyse durchgeführt			0 / 241	0,0%

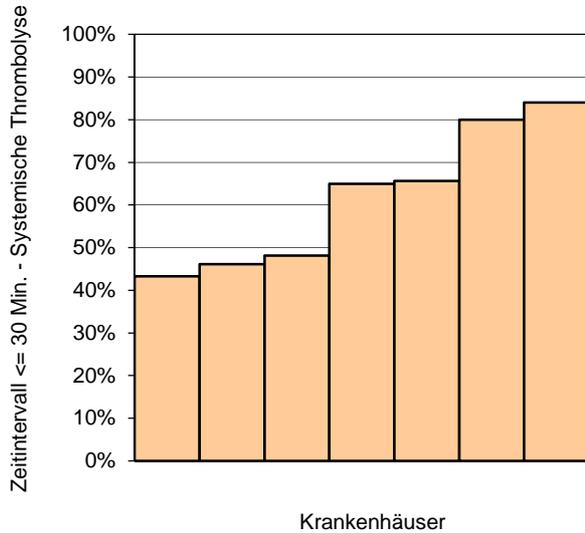
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

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:

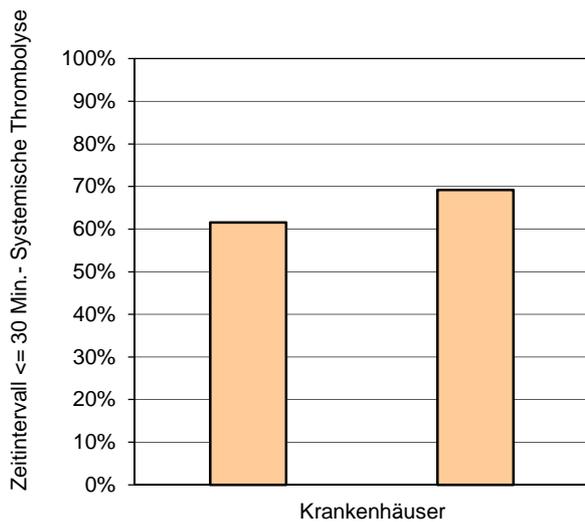
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	43,2	43,2	43,2	46,2	65,0	80,0	84,0	84,0	84,0

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
	61,5	61,5	61,5	61,5	65,4	69,2	69,2	69,2	69,2

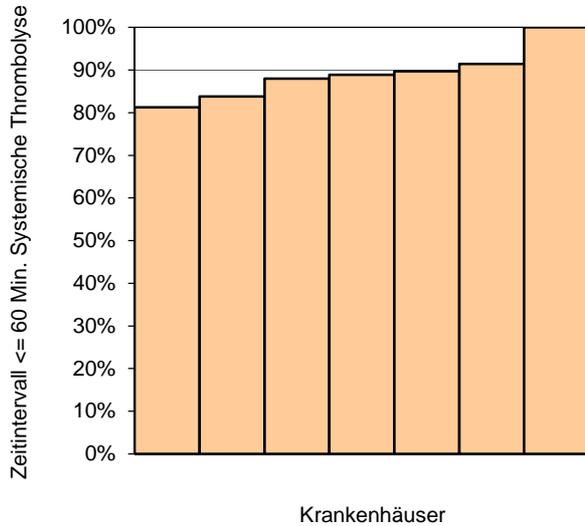
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

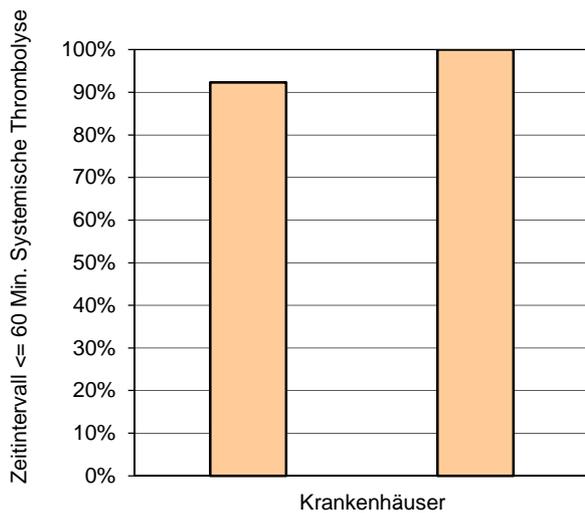
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,3	81,3	81,3	83,8	88,9	91,4	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,3	92,3	92,3	92,3	96,2	100,0	100,0	100,0	100,0

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: 2023/apo_hh/151296

Referenzbereich: >= 63,0%

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			113 / 136	83,1%
Vertrauensbereich				75,7% - 89,0%
Referenzbereich		>= 63,0%		>= 63,0%

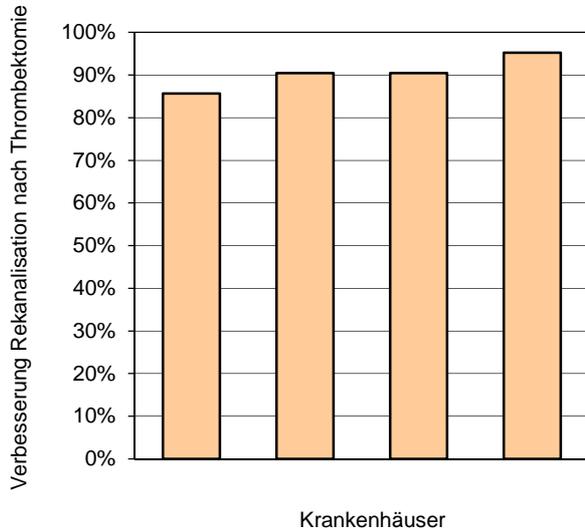
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			111 / 136	81,6%
Vertrauensbereich				74,0% - 87,8%

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:

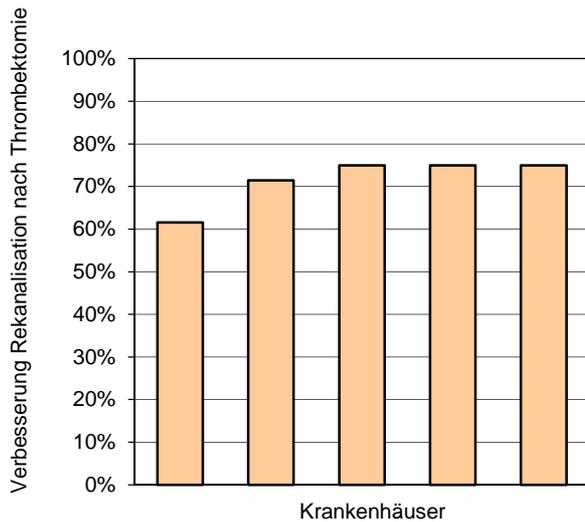
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	85,7	85,7	88,1	90,5	92,9	95,2	95,2	95,2

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
	61,5	61,5	61,5	71,4	75,0	75,0	75,0	75,0	75,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2023/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			45 / 136	33,1%
Vertrauensbereich				25,3% - 41,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

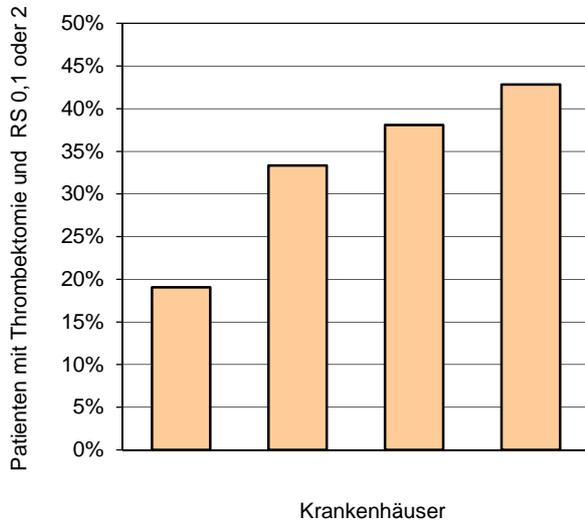
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			42 / 136	30,9%
Vertrauensbereich				23,2% - 39,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:

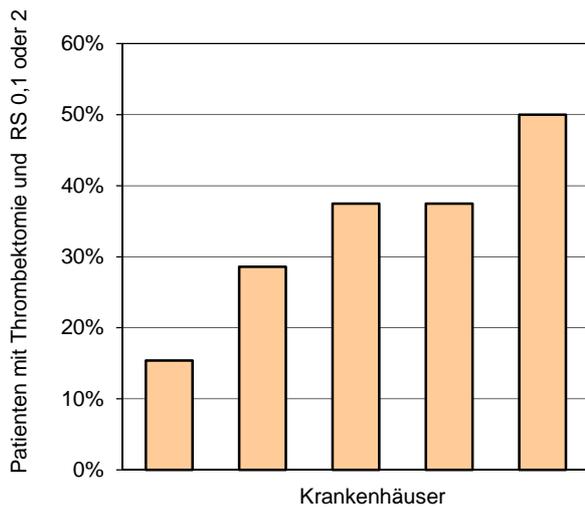
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	19,0	19,0	19,0	26,2	35,7	40,5	42,9	42,9	42,9

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
	15,4	15,4	15,4	28,6	37,5	37,5	50,0	50,0	50,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

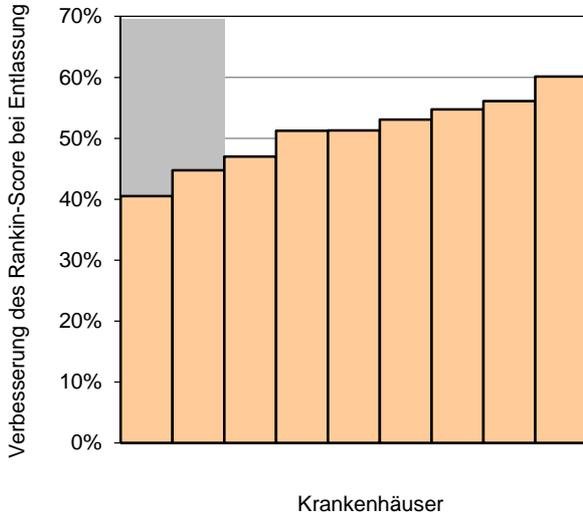
Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2023/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 45,0%

	Krankenhaus 2023 III. Quartal	Gesamt 2023 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		939 / 1.848	50,8%
Vertrauensbereich			48,5% - 53,1%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal	Gesamt 2022 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		986 / 2.026	48,7%
Vertrauensbereich			46,5% - 50,9%

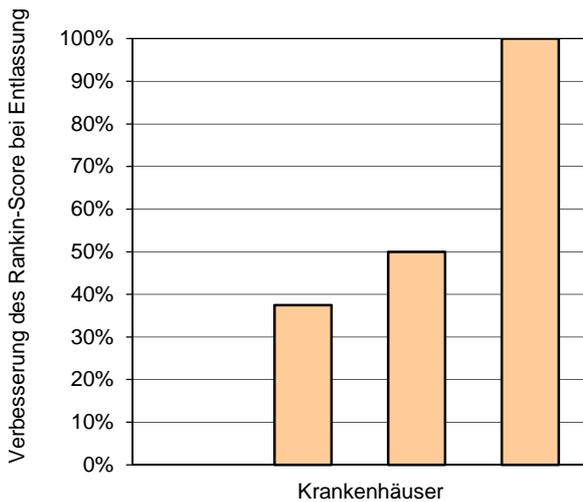
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2023/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,5	40,5	40,5	47,0	51,3	54,8	60,1	60,1	60,1

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	18,8	43,8	75,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2023 III. Quartal

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

Gesamt 2023 III. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	284 15,4%	169 9,1%	126 6,8%	65 3,5%	25 1,4%	9 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	6 0,3%	101 5,5%	131 7,1%	64 3,5%	21 1,1%	6 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,3%	5 0,3%	100 5,4%	111 6,0%	38 2,1%	23 1,2%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	2 0,1%	9 0,5%	74 4,0%	65 3,5%	40 2,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	1 0,1%	3 0,2%	10 0,5%	59 3,2%	46 2,5%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	0 0,0%	2 0,1%	7 0,4%	10 0,5%	80 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					

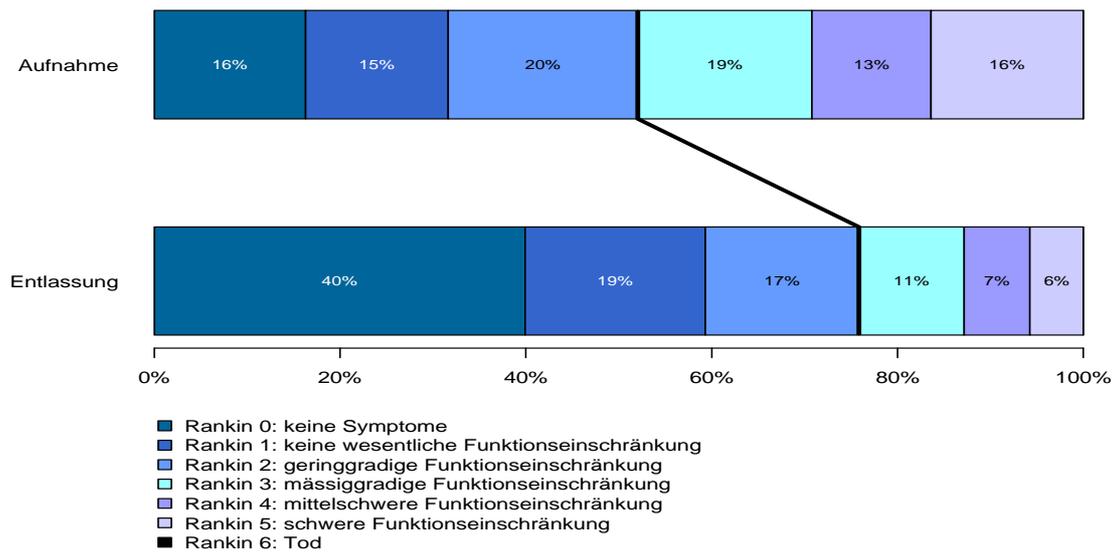
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2022 III. Quartal**

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

Vorjahresdaten
Gesamt 2022 III. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	325 16,0%	162 8,0%	121 6,0%	54 2,7%	23 1,1%	8 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	18 0,9%	111 5,5%	115 5,7%	58 2,9%	25 1,2%	15 0,7%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	8 0,4%	12 0,6%	122 6,0%	155 7,7%	58 2,9%	22 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	2 0,1%	5 0,2%	83 4,1%	78 3,8%	29 1,4%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	5 0,2%	14 0,7%	71 3,5%	63 3,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	5 0,2%	9 0,4%	15 0,7%	86 4,2%
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: 2023/apo_hh/83295

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme ¹				
0 - <= 2 Stunden			396 / 1.848	21,4%
> 2 - <= 3 Stunden			107 / 1.848	5,8%
> 3 - <= 6 Stunden			139 / 1.848	7,5%
> 6 - <= 24 Stunden			177 / 1.848	9,6%
> 24 - <= 48 Stunden			65 / 1.848	3,5%
> 48 Stunden			106 / 1.848	5,7%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹			503 / 1.848	27,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹			546 / 2.026	26,9%

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: 2023/apo_hh/151304

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion ¹				
0 - <= 30 Minuten			2 / 136	1,5%
> 30 - <= 60 Minuten			26 / 136	19,1%
> 60 - <= 90 Minuten			44 / 136	32,4%
> 90 - <= 120 Minuten			39 / 136	28,7%
> 120 - <= 180 Minuten			15 / 136	11,0%
> 180 Minuten			9 / 136	6,6%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹			28 / 136	20,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹			28 / 136	20,6%

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: 2023/apo_hh/151311

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			16 / 1.848	0,9%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			11 / 16	68,8%
> 2 - <= 3 Stunden			3 / 16	18,8%
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 16	0,0%
> 6 - <= 24 Stunden			0 / 16	0,0%
> 24 - <= 48 Stunden			1 / 16	6,3%
> 48 Stunden			1 / 16	6,3%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				91,5 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				114,0 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: 2023/apo_hh/154383

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			10 / 214	4,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			5 / 224	2,2%

¹ Informationsgewinn über die Organisation der Schlaganfallversorgung in der Region.

Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt

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

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

Kennzahl-ID: 2023/apo_hh/154384

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			79 / 214	36,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			71 / 224	31,7%

Basisdaten

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			2.269	100,0	2.450	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.269		2.450	

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

Patienten

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.773		1.903	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			897	50,6	974	51,2
weiblich			872	49,2	925	48,6
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			4	0,2	4	0,2

Aufnahme

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			1.741 / 2.269	76,7	1.884 / 2.450	76,9
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			74 / 2.269	3,3	123 / 2.450	5,0
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			8 / 2.269	0,4	3 / 2.450	0,1
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			8 / 2.269	0,4	10 / 2.450	0,4
nein, keine stationäre Aufnahme			422 / 2.269	18,6	424 / 2.450	17,3
Inhouse-Schlaganfall			16 / 2.269	0,7	6 / 2.450	0,2
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.422	76,9	1.536	75,8
Sonnabend oder Sonntag			426	23,1	490	24,2
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			640	34,6	676	33,4
nein			1.172	63,4	1.300	64,2
nicht bestimmbar			36	1,9	50	2,5
Sprachstörung						
ja			439	23,8	457	22,6
nein			1.379	74,6	1.531	75,6
nicht bestimmbar			30	1,6	38	1,9
Motorische Ausfälle						
ja			839	45,4	954	47,1
nein			993	53,7	1.057	52,2
nicht bestimmbar			16	0,9	15	0,7
Schluckstörung						
ja			224	12,1	277	13,7
nein			1.497	81,0	1.595	78,7
nicht bestimmbar			127	6,9	154	7,6
Bewusstseinsstörung						
ja			161	8,7	213	10,5
nein			1.674	90,6	1.803	89,0
nicht bestimmbar			13	0,7	10	0,5

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			1.056	57,1	1.033	51,0
nein			792	42,9	993	49,0
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			230	21,8	238	23,0
> 1 - <= 2 Stunden			213	20,2	255	24,7
> 2 - <= 3 Stunden			107	10,1	105	10,2
> 3 - <= 3,5 Stunden			41	3,9	33	3,2
> 3,5 - <= 4 Stunden			37	3,5	25	2,4
> 4 - <= 6 Stunden			61	5,8	70	6,8
> 6 - <= 24 Stunden			178	16,9	157	15,2
> 24 - <= 48 Stunden			65	6,2	45	4,4
> 48 Stunden			106	10,0	77	7,5
wake up stroke						
ja			256	32,3	268	27,0
nein			536	67,7	725	73,0

Diagnostik

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			7	0,4	6	0,3
1. Bildgebung extern			121	6,5	168	8,3
1. Bildgebung intern			1.720	93,1	1.852	91,4
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			691	40,2	785	42,4
CCT mit CTA			947	55,1	984	53,1
MRT			53	3,1	45	2,4
MRT mit MRA			29	1,7	38	2,1
Gefäßverschluss						
ja			277	15,0	292	14,4
nein			1.571	85,0	1.734	85,6
Thrombektomie						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			132	97,1	134	98,5
nein			4	2,9	2	1,5
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
Art des Gefäßverschlusses						
Carotis T			16	12,1	23	17,2
M1			68	51,5	57	42,5
M2			24	18,2	23	17,2
Basilaris			9	6,8	9	6,7
Sonstige			15	11,4	22	16,4
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			113	85,6	111	82,8
nein			19	14,4	23	17,2
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar, da Verlegung			17	0,9	11	0,5
<= 24 Stunden			725	39,2	813	40,1
> 24 Stunden			1.106	59,8	1.202	59,3

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße						
extrakraniell			1.707	93,2	1.829	90,9
Intrakraniell			1.703	93,0	1.823	90,6
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt						
ja			1.645	89,8	1.782	88,5
nein			175	9,6	220	10,9
nicht durchführbar			11	0,6	11	0,5
Vorhofflimmern			485	26,5	527	26,2
Komplikationen - Pneumonie						
nein			1.701	92,9	1.829	90,9
ja			130	7,1	184	9,1
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis						
nein			1.770	96,7	1.932	96,0
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			14	0,8	25	1,2
Stenting im Verlauf			20	1,1	28	1,4
TEA			27	1,5	28	1,4

Diagnose(n) ICD-10-GM 2023¹

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.217	65,9	1.333	65,8
TIA			509	27,5	535	26,4
ICB			122	6,6	158	7,8
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			301	16,3	357	17,6
Rankin 1			284	15,4	296	14,6
Rankin 2			377	20,4	376	18,6
Rankin 3			346	18,7	386	19,1
Rankin 4			237	12,8	288	14,2
Rankin 5			303	16,4	323	15,9
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			678	39,9	689	36,9
Rankin 1			329	19,4	342	18,3
Rankin 2			281	16,5	374	20,0
Rankin 3			192	11,3	200	10,7
Rankin 4			120	7,1	153	8,2
Rankin 5			98	5,8	111	5,9

Rehabilitation

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.501	82,0	1.607	79,8
> Tag 2 nach Aufnahme			25	1,4	49	2,4
keine			305	16,7	357	17,7
Beginn Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.433	78,3	1.463	72,7
> Tag 2 nach Aufnahme			21	1,1	36	1,8
keine			377	20,6	514	25,5

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			472	25,8	549	27,3
Thrombozyten- aggregationshemmer			1.356	74,1	1.460	72,5
Antihypertensiva			1.440	78,6	1.589	78,9
Antidiabetika			307	16,8	369	18,3
Statine			1.635	89,3	1.758	87,3

Entlassung

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart						
nach Hause			1.141	62,3	1.247	61,9
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			383	20,9	422	21,0
andere Abteilung			64	3,5	60	3,0
externe Akut-Klinik			24	1,3	33	1,6
Pflegeeinrichtung			109	6,0	140	7,0
verstorben			110	6,0	111	5,5
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik						
zur Thrombektomie			0	0,0	3	8,6
zur Desobliteration der A. carotis			5	20,8	12	34,3
zur Hemikraniektomie			0	0,0	5	14,3
aus anderen Gründen			19	79,2	15	42,9
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			54	49,1	62	55,9
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			56	50,9	49	44,1
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.848	100,0	2.026	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	8,2 <i>Tage</i>		9,1 <i>Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	5,0 <i>Tage</i>		6,0 <i>Tage</i>	

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.516	82,8	1.680	83,5
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			11	0,6	21	1,0
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			168	9,2	176	8,7
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			11	0,6	23	1,1
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			65	3,5	50	2,5
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			60	3,3	63	3,1
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			149	56,7	149	53,2
> 30 - <= 60 Minuten			70	26,6	59	21,1
> 1 - <= 2 Stunden			20	7,6	25	8,9
> 2 - <=3 Stunden			2	0,8	4	1,4
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	2	0,7
> 4 - <= 6 Stunden			1	0,4	0	0,0
> 6 Stunden			21	8,0	41	14,6
keine Lyse durchgeführt			1.576	86,1	1.743	86,6
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			821	44,4	910	44,9
> 30 - <= 60 Minuten			287	15,5	246	12,1
> 1 - <= 3 Stunden			362	19,6	407	20,1
> 3 - <= 6 Stunden			161	8,7	167	8,2
> 6 Stunden			87	4,7	122	6,0
1. Bildgebung vor Aufnahme			121	6,5	168	8,3
keine Bildgebung erfolgt			7	0,4	6	0,3
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			972	57,2	1.044	55,9
3 - 8 (mittel)			488	28,7	574	30,7
9 - 20 (schwerwiegend)			205	12,1	212	11,3
> 20 (sehr schwerwiegend)			22	1,3	27	1,4
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2023 III. Quartal		Gesamt 2023 III. Quartal		Gesamt 2022 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.636	88,5	1.758	86,8
Antihypertensiva			1.441	78,0	1.589	78,4
Antidiabetika			307	16,6	369	18,2
keine Angabe			16	0,9	11	0,5
Versorgungssituation vor Akutereignis						
unabhängig zu Hause			1.511	81,8	1.663	82,1
Pflege zu Hause			175	9,5	199	9,8
Pflege in Institution			161	8,7	164	8,1
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

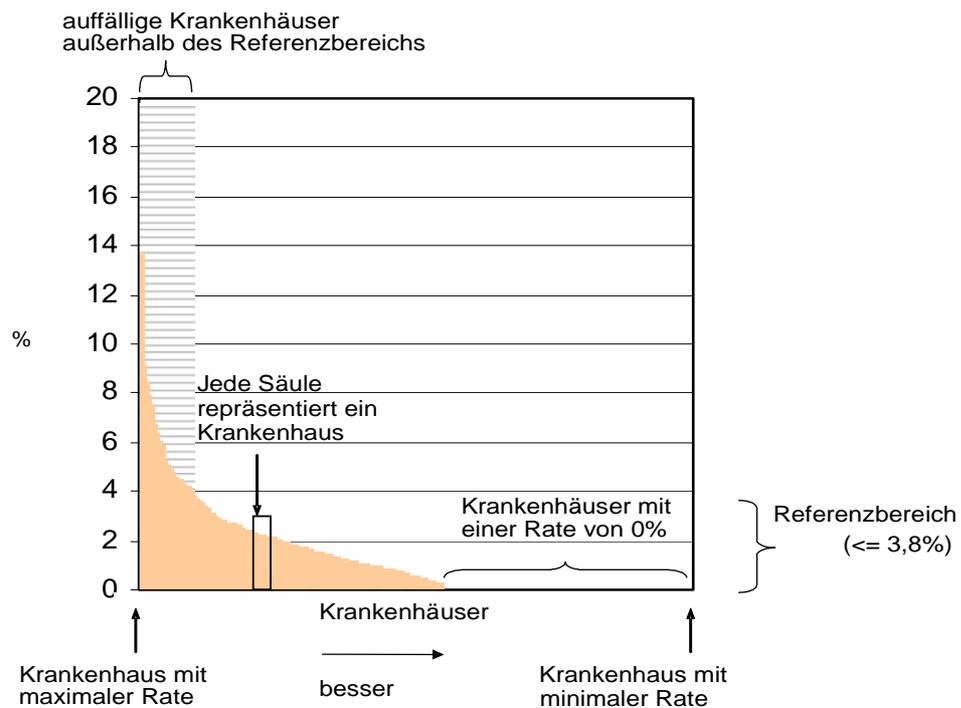
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

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

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