

# Jahresauswertung 2023 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 17  
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.553  
Datensatzversion: apo\_hh 2023 5.1  
Datenbankstand: 01. Februar 2024  
2023 - D18766-L121387-P56243

**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. - IV. Quartal stationär entlassen wurden.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen für die Vorjahresdaten in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2022 im I. - IV. 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			94,5%	>= 80,0%	7
2023/apo_hh/83285					
<b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			93,6%	>= 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			1,6%	<= 4,0%	17
2023/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			2,8%	<= 25,0%	17
2023/apo_hh/83294 <b>QI 7: Screening für Schluckstörungen</b>			90,3%	>= 80,0%	22
<b>QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden</b>					
2023/apo_hh/103490			72,3%	>= 65,0%	24
2023/apo_hh/83311 <b>QI 9: Thrombolyserate<sup>1</sup></b>			67,3%	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					
			59,4%	>= 42,0%	29
2023/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			88,5%	>= 80,0%	29
2023/apo_hh/151296					
<b>QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie</b>					
			83,7%	>= 63,0%	33
2023/apo_hh/151297					
<b>QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie</b>					
			31,2%	nicht definiert	35
2023/apo_hh/83372					
<b>QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>					
			50,7%	>= 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>			29,8%	-	44
2023/apo_hh/151304 <b>Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time</b>			21,1%	-	45
2023/apo_hh/151311 <b>Kennzahl 3: Door-to-door-time</b> Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			141,0 Min.	-	46
2023/apo_hh/154383 <b>Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik</b>			2,2%	-	47
2023/apo_hh/154384 <b>Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt</b>			35,6%	-	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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.413 / 2.554	94,5% 93,5% - 95,3% >= 80,0%

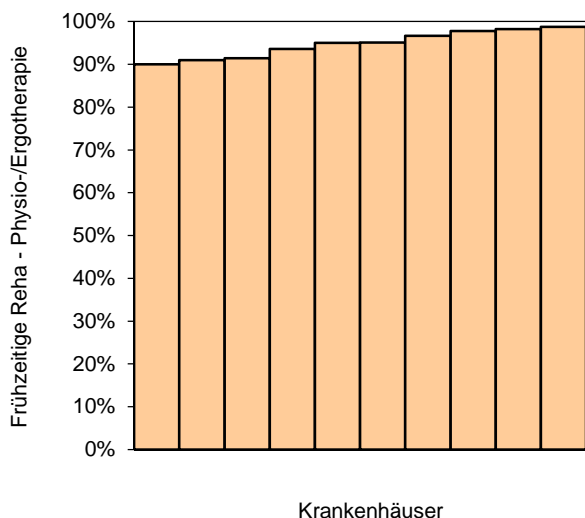
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			2.328 / 2.476	94,0% 93,0% - 94,9%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:**

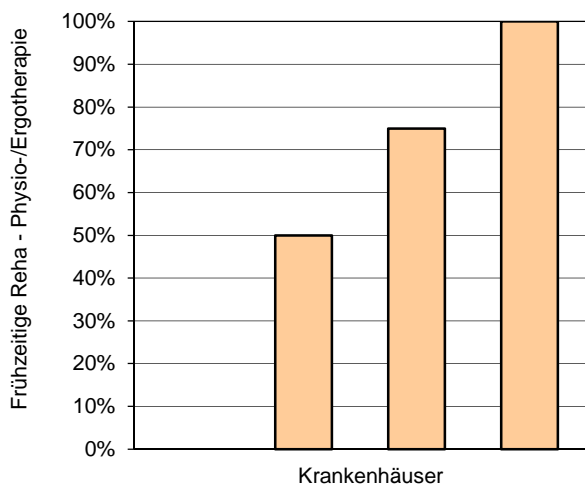
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0	90,0	90,5	91,4	95,1	97,8	98,5	98,8	98,8

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	25,0	62,5	87,5	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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.550 / 2.724	93,6% 92,6% - 94,5% >= 80,0%

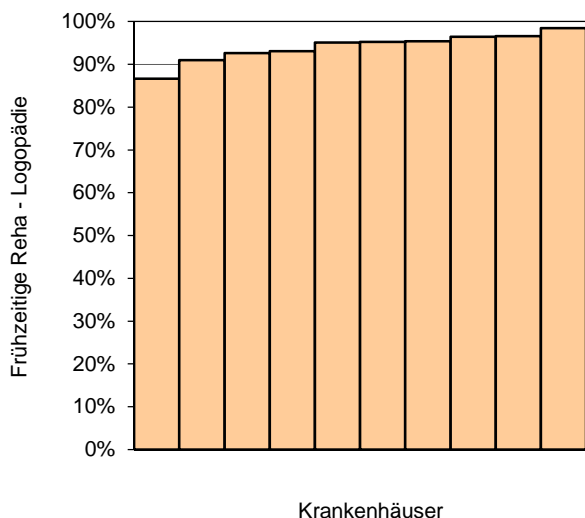
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			2.304 / 2.505	92,0% 90,8% - 93,0%

**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:**

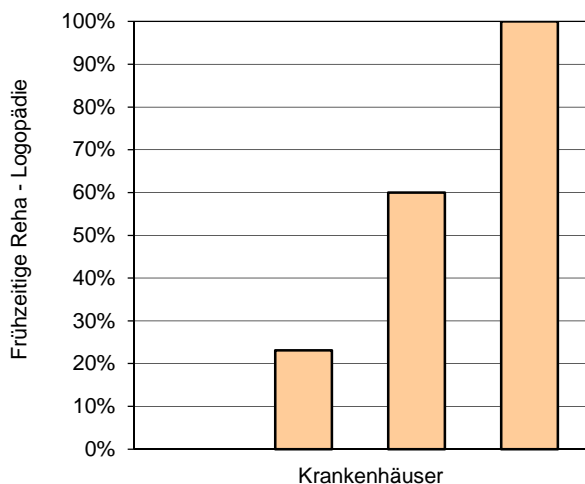
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,6	86,6	88,8	92,6	95,2	96,4	97,5	98,5	98,5

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	11,5	41,5	80,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


### Qualitätsindikator 3: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe


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

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

**Indikator-ID:** 2023/apo\_hh/83287

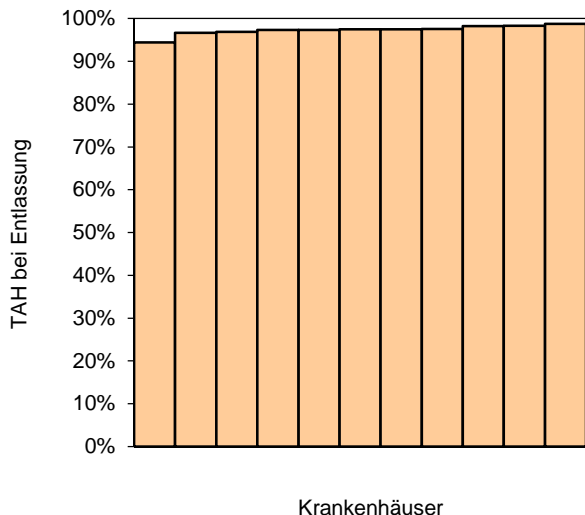
**Referenzbereich:** >= 90,0%

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.493 / 5.642	97,4%
Vertrauensbereich				96,9% - 97,8%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.153 / 5.309	97,1%
Vertrauensbereich				96,6% - 97,5%

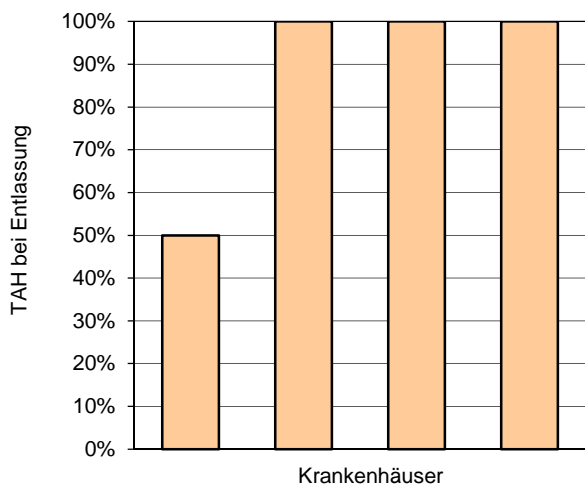
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83287]:  
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt  
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,4	94,4	96,7	96,9	97,5	98,2	98,4	98,7	98,7

**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
	50,0	50,0	50,0	75,0	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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.368 / 1.456	94,0%
Vertrauensbereich				92,6% - 95,1%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

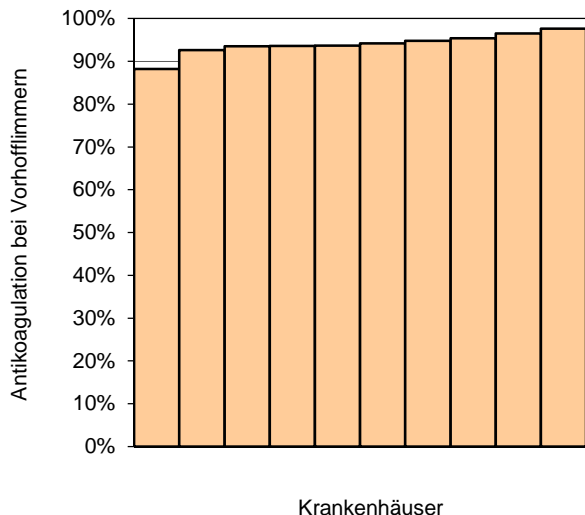
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.321 / 1.396	94,6%
Vertrauensbereich				93,3% - 95,8%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:**

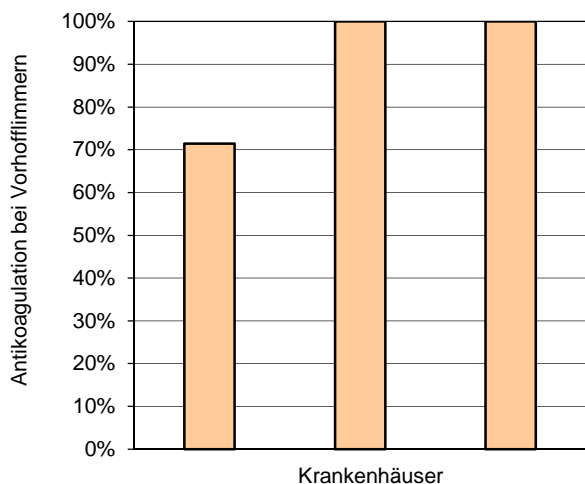
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,2	88,2	90,5	93,5	93,9	95,4	97,1	97,7	97,7

**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
	71,4	71,4	71,4	71,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			8.168 / 8.236	99,2% 99,0% - 99,4% >= 95,0%

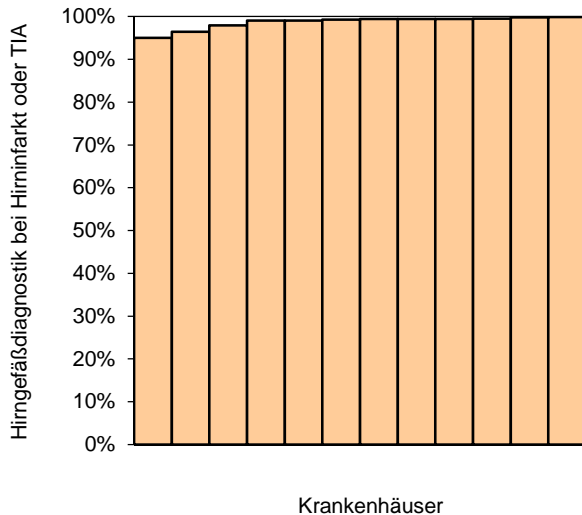
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			7.771 / 7.872	98,7% 98,4% - 99,0%

**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:**

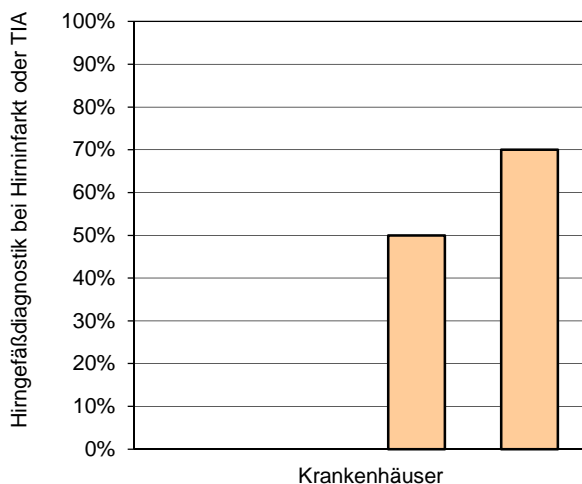
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,0	95,0	96,4	98,5	99,3	99,5	99,8	99,9	99,9

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	60,0	70,0	70,0	70,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



### Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

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

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

**Indikator-ID:**  
 Gruppe 1: 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		
	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		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	1 / 2.457 0,0%	91 / 5.833 1,6%	18 / 652 2,8%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,2%	1,3% - 1,9%	1,6% - 4,3%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

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

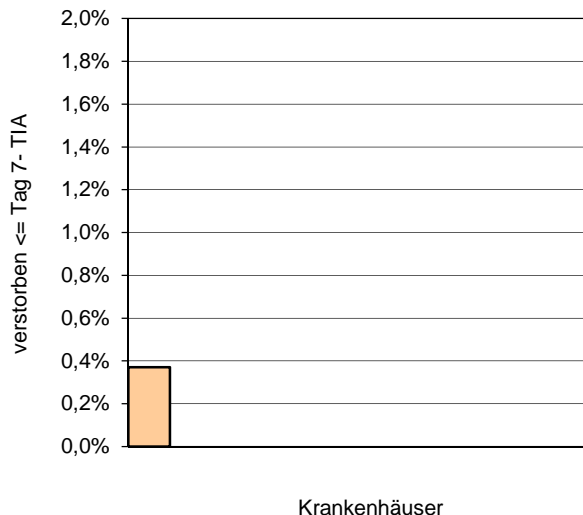
Vorjahresdaten	Gesamt 2022		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	0 / 2.296 0,0% 0,0% - 0,2%	101 / 5.623 1,8% 1,5% - 2,2%	16 / 638 2,5% 1,4% - 4,0%

**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:**

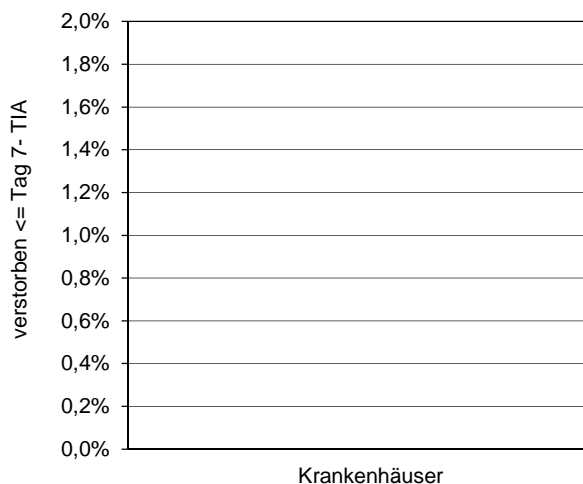
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**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
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

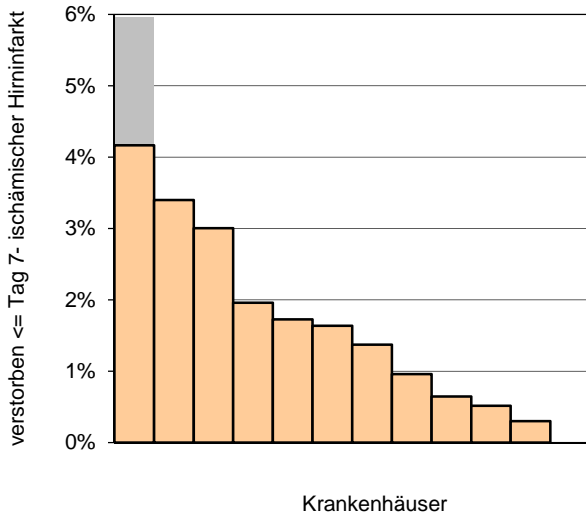
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:**

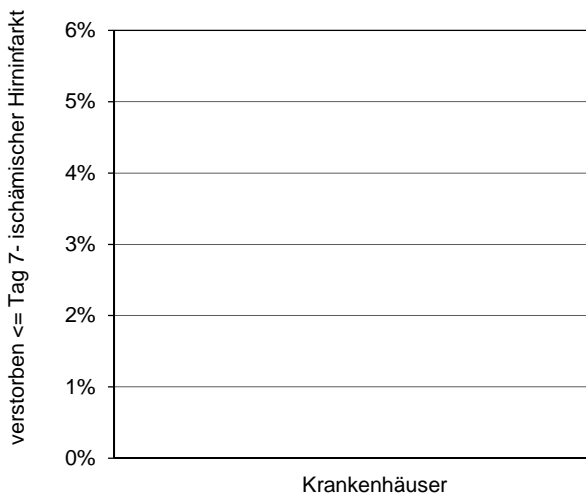
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

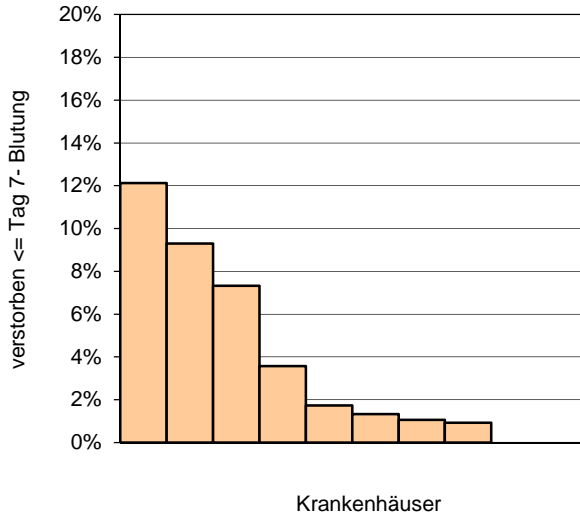
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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:**

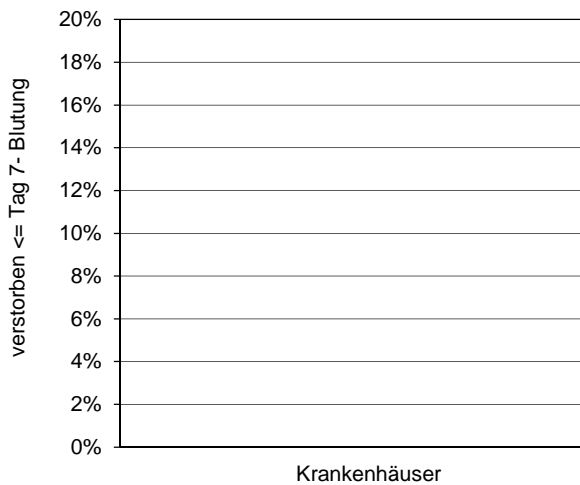
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,9	1,5	7,3	10,7	12,1	12,1

**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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



### Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen



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

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

**Indikator-ID:** 2023/apo\_hh/83294

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

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.887 / 5.411	 90,3%
Vertrauensbereich				89,5% - 91,1%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

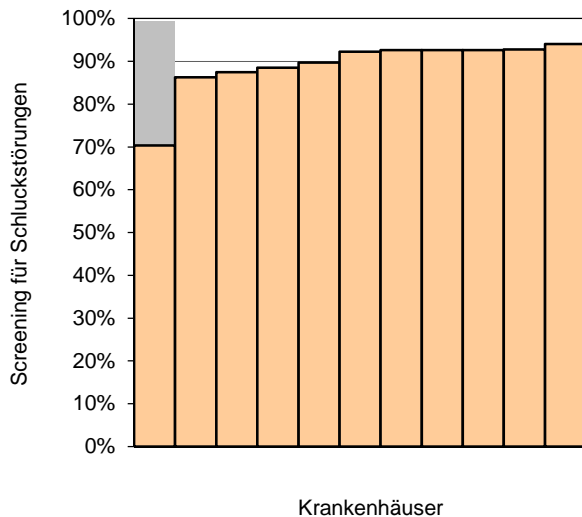
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.686 / 5.196	 90,2%
Vertrauensbereich				89,3% - 91,0%

**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:**

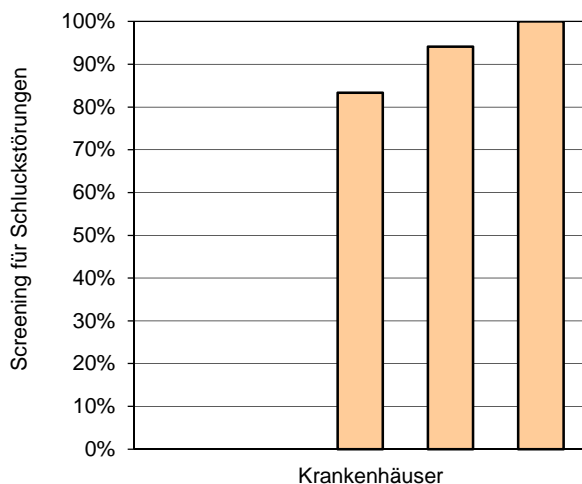
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,4	70,4	86,3	87,4	92,3	92,7	92,8	94,0	94,0

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

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	83,3	94,1	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

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

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten <sup>1</sup>			1.530 / 2.117	72,3%
Vertrauensbereich				70,3% - 74,2%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten <sup>1</sup>			1.418 / 1.951	72,7%
Vertrauensbereich				70,6% - 74,6%

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



	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <sup>1</sup>				
> 30 - 60 Minuten			207 / 2.117	9,8%
> 1 bis 3 Stunden			150 / 2.117	7,1%
> 3 bis 6 Stunden			46 / 2.117	2,2%
> 6 Stunden			40 / 2.117	1,9%
1. Bildgebung vor Aufnahme			18 / 2.117	0,9%
keine Bildgebung erfolgt			1 / 2.117	0,0%

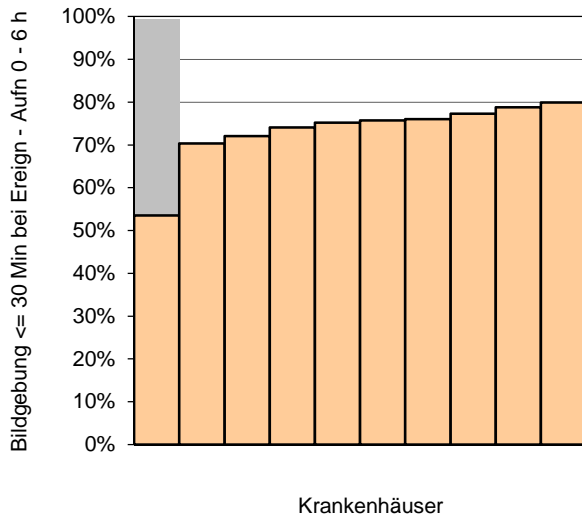
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik, ohne stationäre Erstversorgung oder mit Inhouse-Schlaganfall

**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:**

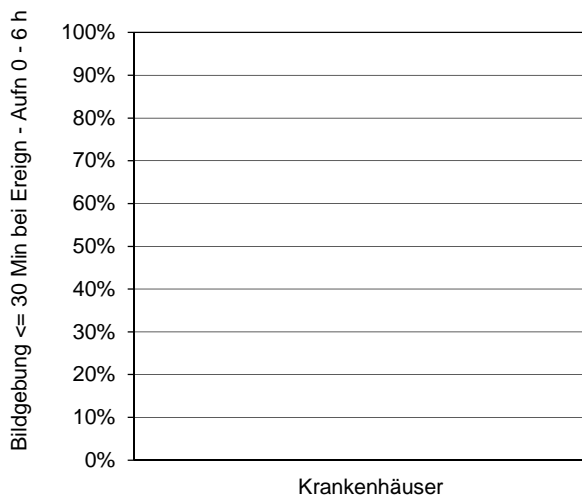
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,5	53,5	61,9	72,0	75,4	77,3	79,3	79,9	79,9

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 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		Gesamt 2023 <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			657 / 976	67,3%
Vertrauensbereich				64,3% - 70,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022 <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			548 / 869	63,1%
Vertrauensbereich				59,8% - 66,3%

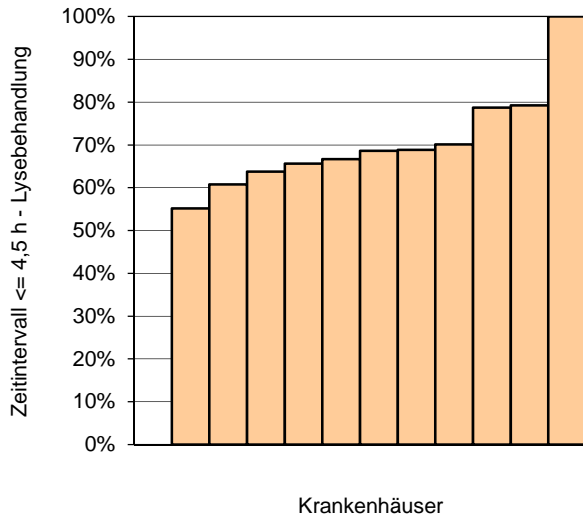
<sup>1</sup> Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

**Verteilung der 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  $\geq 4$  und  $\leq 25$  bei Aufnahme**

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

12 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	55,1	62,3	67,6	74,4	79,3	100,0	100,0

5 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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			679 / 1.143	<b>59,4%</b>
Vertrauensbereich				56,5% - 62,3%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			1.011 / 1.143	<b>88,5%</b>
Vertrauensbereich				86,5% - 90,2%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

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

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

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse <sup>1</sup>				
> 30 - 60 Minuten			332 / 1.143	29,0%
> 1 - 2 Stunden			89 / 1.143	7,8%
> 2 - 3 Stunden			11 / 1.143	1,0%
> 3 - 4 Stunden			4 / 1.143	0,3%
> 4 - 6 Stunden			3 / 1.143	0,3%
> 6 Stunden			12 / 1.143	1,0%
keine Lyse durchgeführt			0 / 1.143	0,0%

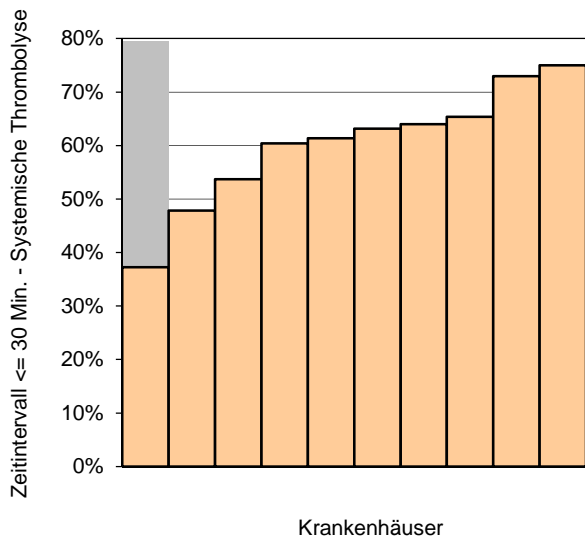
<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

**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:**

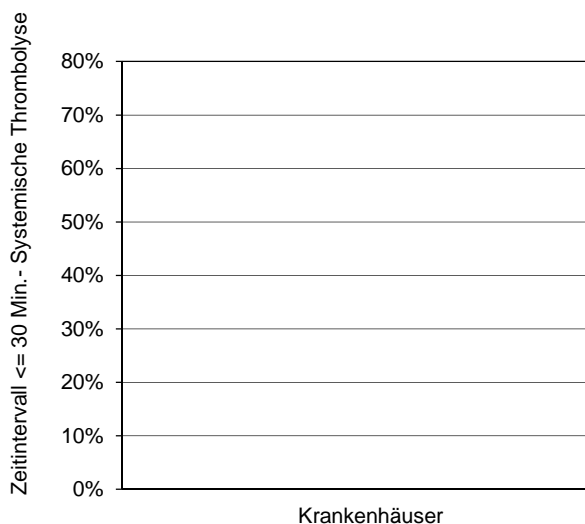
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,3	37,3	42,6	53,7	62,3	65,3	74,0	75,0	75,0

**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

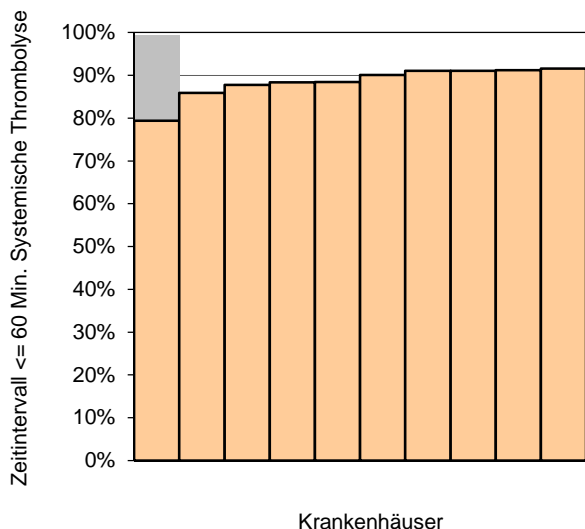
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:**

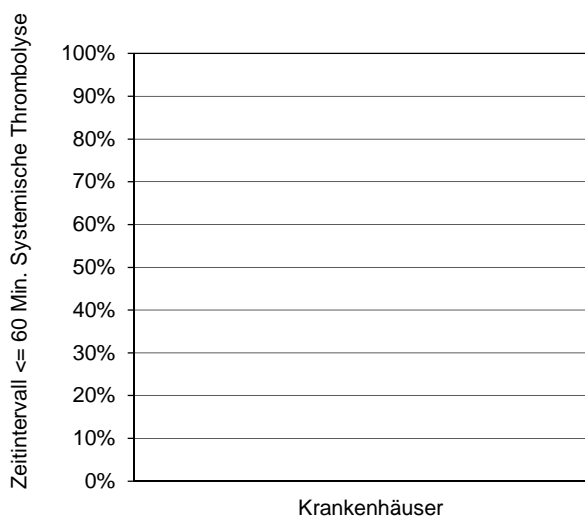
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,4	79,4	82,6	87,7	89,3	91,1	91,4	91,6	91,6

**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

5 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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			551 / 658	83,7%
Vertrauensbereich				80,7% - 86,5%
Referenzbereich		>= 63,0%		>= 63,0%

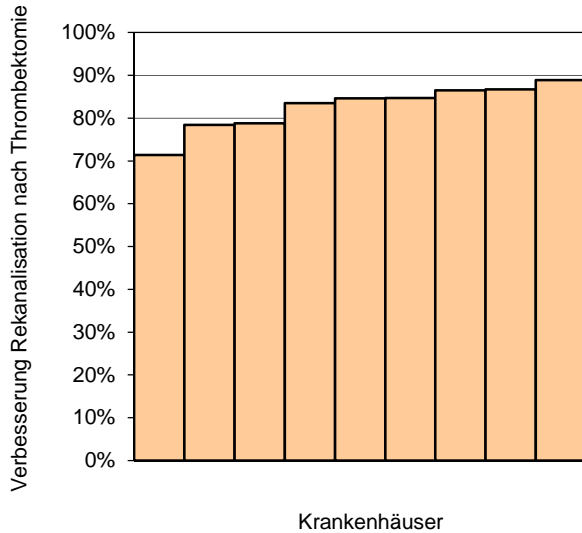
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			459 / 578	79,4%
Vertrauensbereich				75,9% - 82,6%

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [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:**

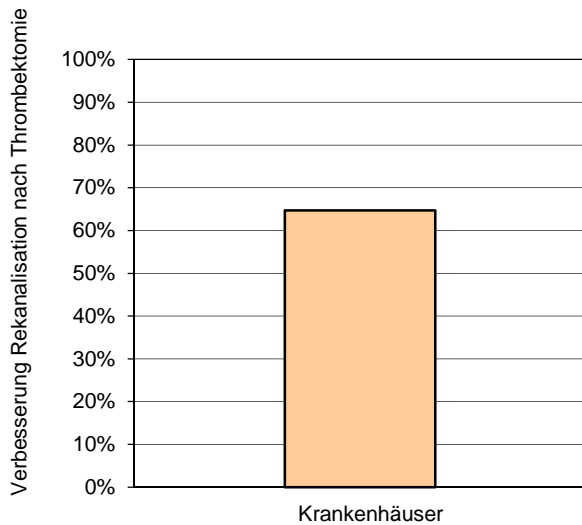
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,4	71,4	71,4	78,8	84,6	86,5	88,9	88,9	88,9

**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
	64,7	64,7	64,7	64,7	64,7	64,7	64,7	64,7	64,7

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Indikator-ID:** 2023/apo\_hh/151297

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

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 Vertrauensbereich Referenzbereich			205 / 658	31,2%
		nicht definiert		27,6% - 34,9% nicht definiert

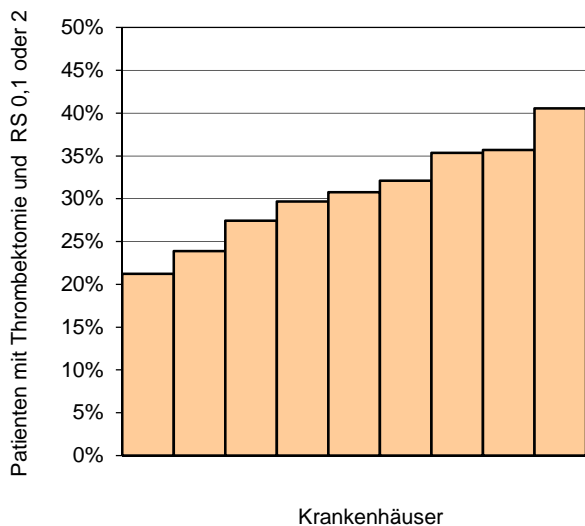
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 Vertrauensbereich			180 / 578	31,1%
				27,4% - 35,1%

**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:**

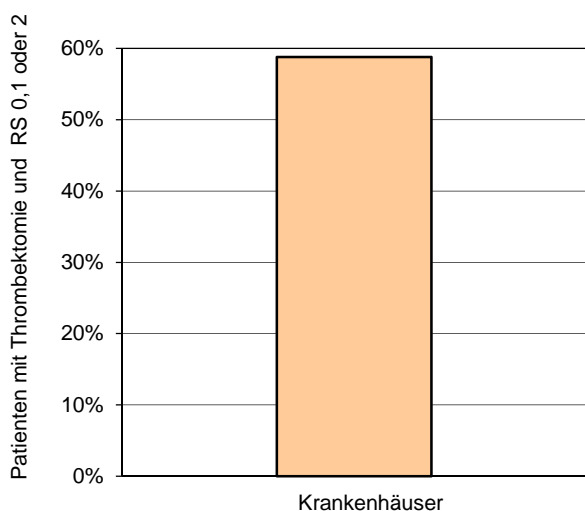
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	21,2	21,2	21,2	27,5	30,8	35,4	40,5	40,5	40,5

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

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,8	58,8	58,8	58,8	58,8	58,8	58,8	58,8	58,8

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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



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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2023/apo\_hh/83372

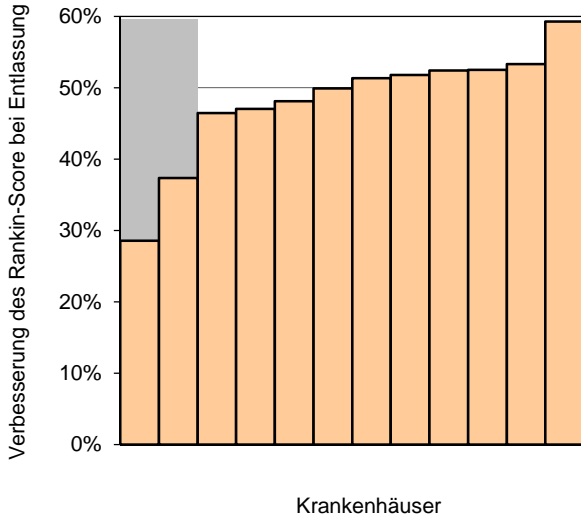
**Referenzbereich:**  $\geq 45,0\%$

	Krankenhaus 2023	Gesamt 2023	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.532 / 8.942	 50,7%
Vertrauensbereich			49,6% - 51,7%
Referenzbereich	$\geq 45,0\%$		$\geq 45,0\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022	Gesamt 2022	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.234 / 8.557	 49,5%
Vertrauensbereich			48,4% - 50,5%

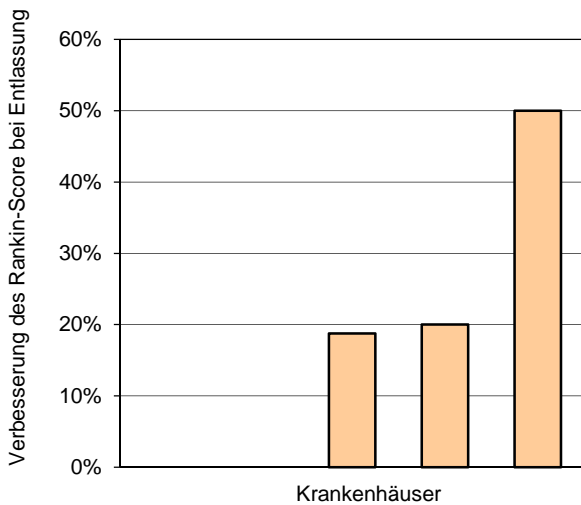
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2023/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	28,6	28,6	37,4	46,8	50,7	52,5	53,3	59,3	59,3

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	18,8	20,0	50,0	50,0	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhaus 2023**

	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**

	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	1.389 15,5%	854 9,6%	592 6,6%	287 3,2%	106 1,2%	45 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	33 0,4%	466 5,2%	591 6,6%	296 3,3%	123 1,4%	55 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	16 0,2%	33 0,4%	472 5,3%	541 6,1%	210 2,3%	91 1,0%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	10 0,1%	11 0,1%	46 0,5%	396 4,4%	343 3,8%	151 1,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,0%	7 0,1%	25 0,3%	51 0,6%	265 3,0%	247 2,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	3 0,0%	5 0,1%	11 0,1%	32 0,4%	49 0,5%	414 4,6%
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>					



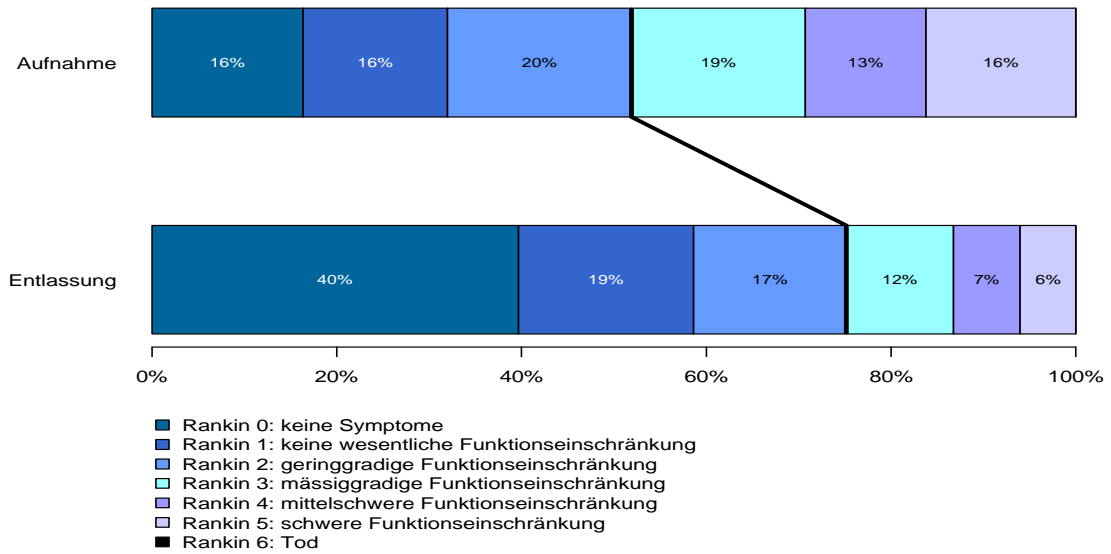
**Vorjahresdaten  
Krankenhaus 2022**

	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**

	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	1.408 16,5%	676 7,9%	530 6,2%	259 3,0%	99 1,2%	38 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	71 0,8%	471 5,5%	580 6,8%	284 3,3%	104 1,2%	51 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	23 0,3%	44 0,5%	473 5,5%	573 6,7%	228 2,7%	93 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	5 0,1%	10 0,1%	42 0,5%	347 4,1%	323 3,8%	134 1,6%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,0%	6 0,1%	22 0,3%	50 0,6%	274 3,2%	262 3,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	4 0,0%	10 0,1%	24 0,3%	48 0,6%	366 4,3%
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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme <sup>1</sup>				
0 - <= 2 Stunden			2.141 / 8.942	23,9%
> 2 - <= 3 Stunden			523 / 8.942	5,8%
> 3 - <= 6 Stunden			663 / 8.942	7,4%
> 6 - <= 24 Stunden			866 / 8.942	9,7%
> 24 - <= 48 Stunden			281 / 8.942	3,1%
> 48 Stunden			488 / 8.942	5,5%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden <sup>1</sup>			2.664 / 8.942	29,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden <sup>1</sup>			2.425 / 8.557	28,3%

<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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion <sup>1</sup>				
0 - <= 30 Minuten			23 / 658	3,5%
> 30 - <= 60 Minuten			116 / 658	17,6%
> 60 - <= 90 Minuten			218 / 658	33,1%
> 90 - <= 120 Minuten			173 / 658	26,3%
> 120 - <= 180 Minuten			82 / 658	12,5%
> 180 Minuten			38 / 658	5,8%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten <sup>1</sup>			139 / 658	21,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten <sup>1</sup>			121 / 578	20,9%

<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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			65 / 8.942	0,7%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			26 / 65	40,0%
> 2 - <= 3 Stunden			11 / 65	16,9%
> 3 - <= 6 Stunden			9 / 65	13,8%
> 6 - <= 24 Stunden			9 / 65	13,8%
> 24 - <= 48 Stunden			3 / 65	4,6%
> 48 Stunden			6 / 65	9,2%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				141,0 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				119,0 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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			23 / 1.050	2,2%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2022		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			25 / 937	2,7%

<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		Gesamt 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			374 / 1.050	35,6%

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



### Basisdaten

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			2.585	24,5	2.404	23,8
2. Quartal			2.648	25,1	2.731	27,0
3. Quartal			2.711	25,7	2.450	24,2
4. Quartal			2.609	24,7	2.534	25,0
Gesamt			10.553		10.119	

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

### Patienten

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			8.536		8.124	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			4.417	51,7	4.263	52,5
weiblich			4.104	48,1	3.838	47,2
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			15	0,2	23	0,3

## Aufnahme

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Erstversorgung</b>						
ja			8.414 / 10.553	79,7	8.043 / 10.119	79,5
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			404 / 10.553	3,8	433 / 10.119	4,3
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			41 / 10.553	0,4	25 / 10.119	0,2
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			24 / 10.553	0,2	27 / 10.119	0,3
nein, keine stationäre Aufnahme			1.613 / 10.553	15,3	1.562 / 10.119	15,4
Inhouse-Schlaganfall			57 / 10.553	0,5	29 / 10.119	0,3
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			6.856	76,7	6.538	76,4
Sonnabend oder Sonntag			2.086	23,3	2.019	23,6
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
<b>Sprechstörung</b>						
ja			3.098	34,6	2.853	33,3
nein			5.687	63,6	5.505	64,3
nicht bestimmbar			157	1,8	199	2,3
<b>Sprachstörung</b>						
ja			2.106	23,6	2.031	23,7
nein			6.707	75,0	6.377	74,5
nicht bestimmbar			129	1,4	149	1,7
<b>Motorische Ausfälle</b>						
ja			4.066	45,5	3.959	46,3
nein			4.812	53,8	4.524	52,9
nicht bestimmbar			64	0,7	74	0,9
<b>Schluckstörung</b>						
ja			1.186	13,3	1.128	13,2
nein			7.175	80,2	6.826	79,8
nicht bestimmbar			581	6,5	603	7,0
<b>Bewusstseinsstörung</b>						
ja			774	8,7	823	9,6
nein			8.118	90,8	7.693	89,9
nicht bestimmbar			50	0,6	41	0,5

**Aufnahme (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			5.247	58,7	4.728	55,3
nein			3.695	41,3	3.829	44,7
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			1.146	21,8	1.058	22,4
> 1 - <= 2 Stunden			1.178	22,5	1.111	23,5
> 2 - <= 3 Stunden			523	10,0	465	9,8
> 3 - <= 3,5 Stunden			175	3,3	160	3,4
> 3,5 - <= 4 Stunden			151	2,9	155	3,3
> 4 - <= 6 Stunden			340	6,5	306	6,5
> 6 - <= 24 Stunden			867	16,5	738	15,6
> 24 - <= 48 Stunden			282	5,4	241	5,1
> 48 Stunden			488	9,3	409	8,7
wake up stroke						
ja			1.253	33,9	1.213	31,7
nein			2.442	66,1	2.616	68,3

## Diagnostik

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diagnostik bei Aufnahme</b>						
<b>Bildgebung durchgeführt</b>						
keine Bildgebung erfolgt			14	0,2	23	0,3
1. Bildgebung extern			636	7,1	632	7,4
1. Bildgebung intern			8.292	92,7	7.902	92,3
wenn 1. Bildgebung intern,						
<b>Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus</b>						
CCT			3.297	39,8	3.290	41,6
CCT mit CTA			4.671	56,3	4.267	54,0
MRT			200	2,4	173	2,2
MRT mit MRA			124	1,5	172	2,2
<b>Gefäßverschluss</b>						
ja			1.317	14,7	1.304	15,2
nein			7.625	85,3	7.253	84,8
<b>Thrombektomie</b>						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			618	93,9	547	94,6
nein			24	3,6	23	4,0
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
<b>Art des Gefäßverschlusses</b>						
Carotis T			81	13,1	93	17,0
M1			288	46,6	238	43,5
M2			117	18,9	112	20,5
Basilaris			40	6,5	38	6,9
Sonstige			92	14,9	66	12,1
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			535	86,6	451	82,4
nein			83	13,4	96	17,6
<b>Dauer der Symptome</b>						
nicht bestimmbar, da Verlegung			76	0,8	68	0,8
<= 24 Stunden			3.614	40,4	3.562	41,6
> 24 Stunden			5.252	58,7	4.927	57,6

**Diagnostik (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Weiterführende Diagnostik</b>						
<b>Neurosonographie der hirnersorgenden Gefäße</b>						
extrakraniell			8.263	93,1	7.786	91,5
Intrakraniell			8.259	93,1	7.774	91,4
<b>Schlucktest nach Protokoll durchgeführt</b>						
ja			7.903	89,0	7.507	88,3
nein			924	10,4	959	11,3
nicht durchführbar			48	0,5	39	0,5
<b>Vorhofflimmern</b>			2.278	25,7	2.235	26,3
<b>Komplikationen - Pneumonie</b>						
nein			8.076	91,0	7.732	90,9
ja			799	9,0	773	9,1
<b>Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis</b>						
nein			8.432	95,0	8.083	95,0
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			119	1,3	112	1,3
Stenting im Verlauf			65	0,7	87	1,0
TEA			107	1,2	114	1,3

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

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.833	65,2	5.623	65,7
TIA			2.457	27,5	2.296	26,8
ICB			652	7,3	638	7,5
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		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme</b>						
Rankin 0			1.465	16,4	1.518	17,7
Rankin 1			1.397	15,6	1.236	14,4
Rankin 2			1.779	19,9	1.681	19,6
Rankin 3			1.682	18,8	1.591	18,6
Rankin 4			1.169	13,1	1.162	13,6
Rankin 5			1.450	16,2	1.369	16,0
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			3.267	39,7	3.001	38,1
Rankin 1			1.563	19,0	1.553	19,7
Rankin 2			1.360	16,5	1.430	18,2
Rankin 3			954	11,6	858	10,9
Rankin 4			594	7,2	610	7,7
Rankin 5			498	6,0	426	5,4

## Rehabilitation

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn Physiotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			7.235	81,5	6.825	80,2
> Tag 2 nach Aufnahme			171	1,9	199	2,3
keine			1.469	16,6	1.481	17,4
<b>Beginn Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.804	76,7	6.345	74,6
> Tag 2 nach Aufnahme			150	1,7	160	1,9
keine			1.921	21,6	2.000	23,5

## Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulantien</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			2.326	26,2	2.292	26,9
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b>			6.484	73,1	6.123	72,0
<b>Antihypertensiva</b>			7.041	79,3	6.793	79,9
<b>Antidiabetika</b>			1.600	18,0	1.536	18,1
<b>Statine</b>			7.867	88,6	7.432	87,4

## Entlassung

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsart</b>						
nach Hause			5.471	61,6	5.304	62,4
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			1.944	21,9	1.781	20,9
andere Abteilung			254	2,9	215	2,5
externe Akut-Klinik			115	1,3	113	1,3
Pflegeeinrichtung			565	6,4	577	6,8
verstorben			526	5,9	515	6,1
<b>wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik</b>						
zur Thrombektomie			7	5,6	9	7,8
zur Desobliteration der A. carotis			32	25,8	36	31,0
zur Hemikraniektomie			15	12,1	11	9,5
aus anderen Gründen			70	56,5	60	51,7
<b>wenn verstorben</b>						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			294	55,8	264	51,3
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			233	44,2	251	48,7
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			8.942	100,0	8.557	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>8,4 Tage</i>		<i>8,7 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>5,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	



## Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse/ Thrombektomie</b>						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			7.351	82,8	7.129	83,8
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			48	0,5	61	0,7
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			819	9,2	737	8,7
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			80	0,9	89	1,0
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			300	3,4	217	2,6
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			277	3,1	272	3,2
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			689	54,2	579	51,2
> 30 - <= 60 Minuten			339	26,7	298	26,3
> 1 - <= 2 Stunden			93	7,3	88	7,8
> 2 - <=3 Stunden			11	0,9	22	1,9
> 3 - <=4 Stunden			7	0,6	10	0,9
> 4 - <= 6 Stunden			5	0,4	1	0,1
> 6 Stunden			127	10,0	133	11,8
keine Lyse durchgeführt			7.628	85,9	7.401	87,0
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			4.111	46,0	3.877	45,3
> 30 - <= 60 Minuten			1.200	13,4	1.085	12,7
> 1 - <= 3 Stunden			1.818	20,3	1.704	19,9
> 3 - <= 6 Stunden			721	8,1	722	8,4
> 6 Stunden			426	4,8	506	5,9
1. Bildgebung vor Aufnahme			636	7,1	632	7,4
keine Bildgebung erfolgt			14	0,2	23	0,3
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b>						
<= 2 (leicht)			4.661	56,6	4.430	56,2
3 - 8 (mittel)			2.400	29,1	2.384	30,3
9 - 20 (schwerwiegend)			995	12,1	898	11,4
> 20 (sehr schwerwiegend)			140	1,7	120	1,5
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

### Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2023		Gesamt 2023		Gesamt 2022	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			7.871	88,0	7.433	86,9
Antihypertensiva			7.048	78,8	6.795	79,4
Antidiabetika			1.601	17,9	1.536	18,0
keine Angabe			56	0,6	48	0,6
<b>Versorgungssituation vor Akutereignis</b>						
unabhängig zu Hause			7.379	82,5	7.029	82,1
Pflege zu Hause			825	9,2	834	9,7
Pflege in Institution			736	8,2	694	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.

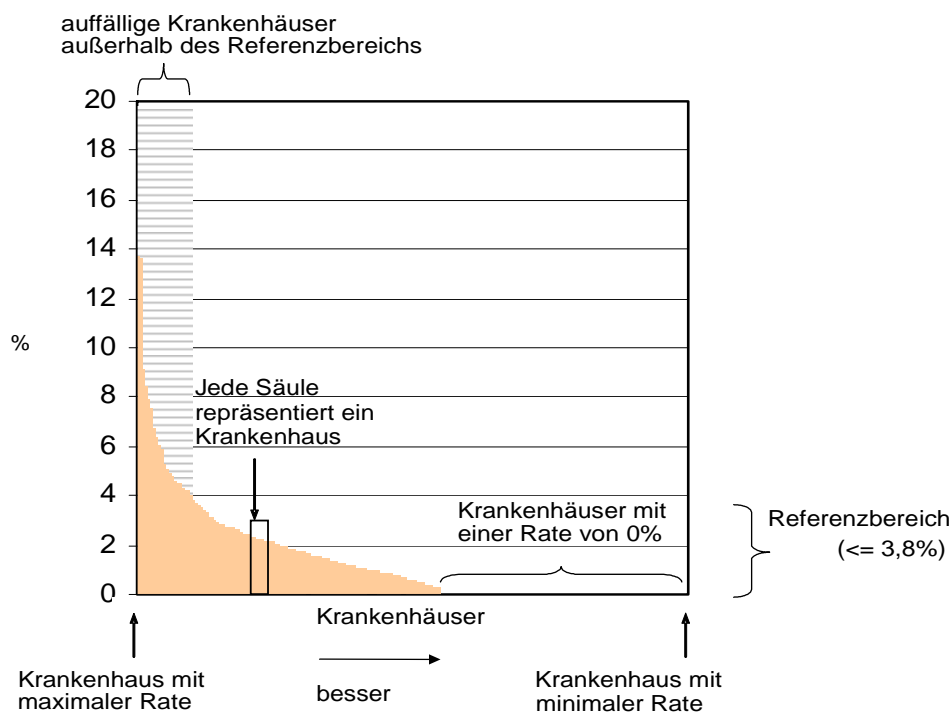
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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