

Auswertung 1. Quartal 2024 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.462
Datensatzversion: apo_hh 2024 5.1
Datenbankstand: 24. April 2024
2024 - D18778-L121497-P56277

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 2024 im I. Quartal stationär entlassen wurden.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2024/apo_hh/83284 QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			94,4%	>= 80,0%	7
2024/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			95,2%	>= 80,0%	9
2024/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,7%	>= 90,0%	11
2024/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			96,0%	>= 80,0%	13
2024/apo_hh/83292 QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA			99,4%	>= 95,0%	15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Krankenhaussterblichkeit					
2024/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,2%	<= 0,5%	17
2024/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			2,5%	<= 4,0%	17
2024/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			7,3%	<= 25,0%	17
2024/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			90,1%	>= 80,0%	22
QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden					
2024/apo_hh/103490			76,8%	>= 65,0%	24
2024/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹			66,2%	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					
2024/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			57,8%	>= 42,0%	29
2024/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			88,0%	>= 80,0%	29
2024/apo_hh/151296					
QI 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie					
			80,3%	>= 63,0%	33
2024/apo_hh/151297					
QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie					
			32,4%	nicht definiert	35
2024/apo_hh/83372					
QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			48,4%	>= 45,0%	37

Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2024/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			32,0%	-	44
2024/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			23,9%	-	45
2024/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			106,0 Min.	-	46
2024/apo_hh/154383 Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik			3,6%	-	47
2024/apo_hh/154384 Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt			39,6%	-	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: 2024/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			504 / 534	94,4% 92,1% - 96,2% >= 80,0%

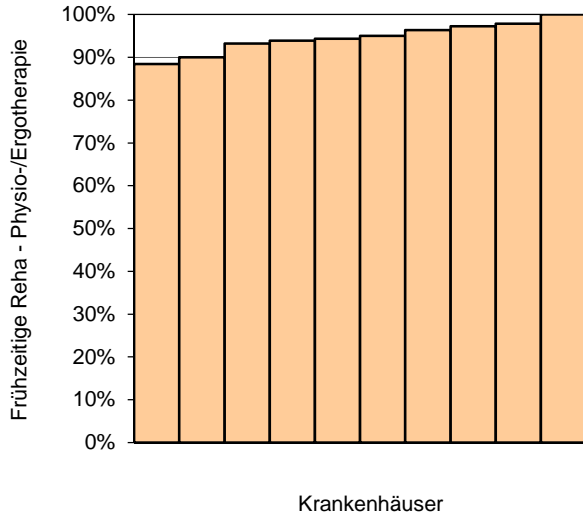
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			623 / 666	93,5% 91,4% - 95,3%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2024/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:

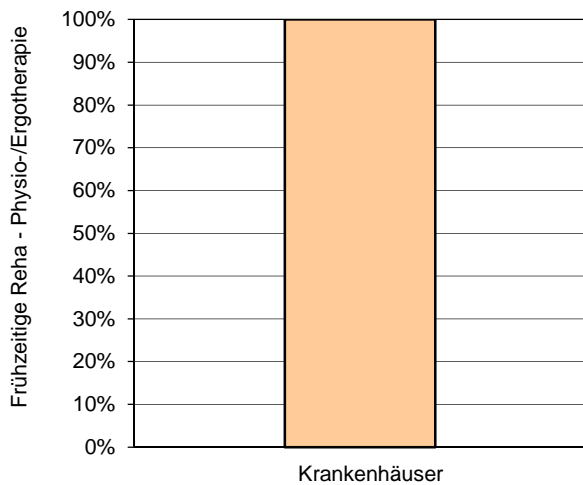
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,5	88,5	89,2	93,2	94,7	97,3	98,9	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 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: 2024/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			576 / 605	95,2% 93,2% - 96,8% >= 80,0%

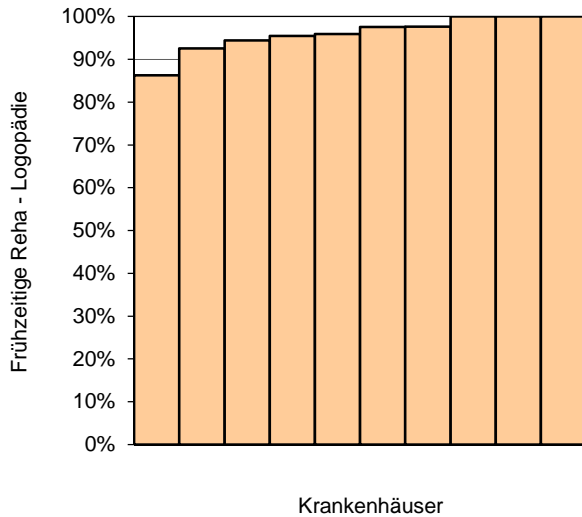
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			657 / 710	92,5% 90,3% - 94,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2024/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:

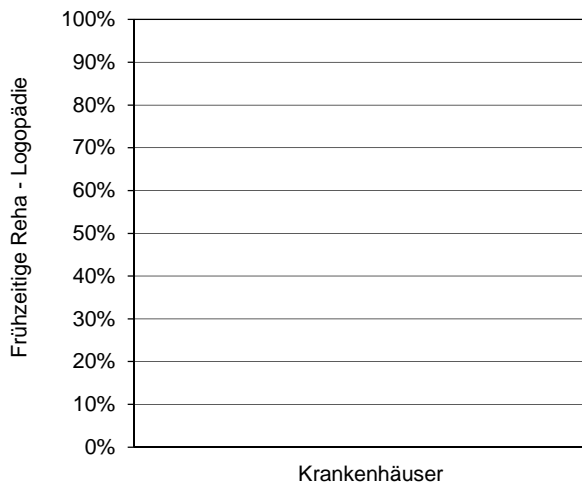
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,3	86,3	89,4	94,4	96,7	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	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 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: 2024/apo_hh/83287

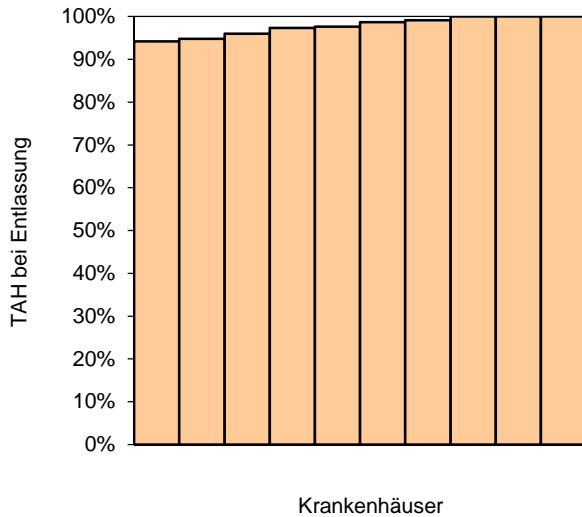
Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.259 / 1.289	97,7%
Vertrauensbereich				96,7% - 98,4%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.346 / 1.383	97,3%
Vertrauensbereich				96,3% - 98,1%

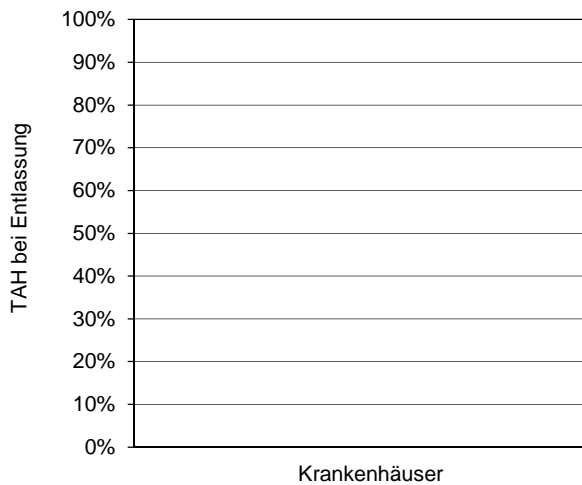
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2024/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,2	94,2	94,5	96,0	98,2	100,0	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	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 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: 2024/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			308 / 321	96,0%
Vertrauensbereich				93,2% - 97,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

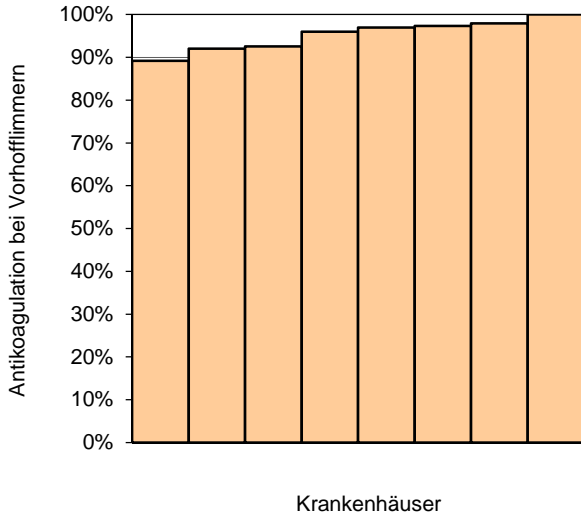
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			330 / 347	95,1%
Vertrauensbereich				92,3% - 97,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2024/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:

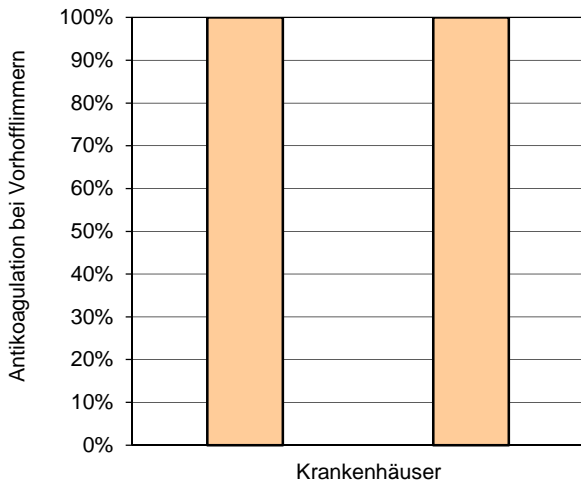
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,2	89,2	89,2	92,3	96,5	97,6	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

6 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 Magnetresonanztomographie oder Computertomographische Angiographie) bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA und Erstversorgung

Indikator-ID: 2024/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 95,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographie oder Computertomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.860 / 1.871	99,4% 98,9% - 99,7% >= 95,0%

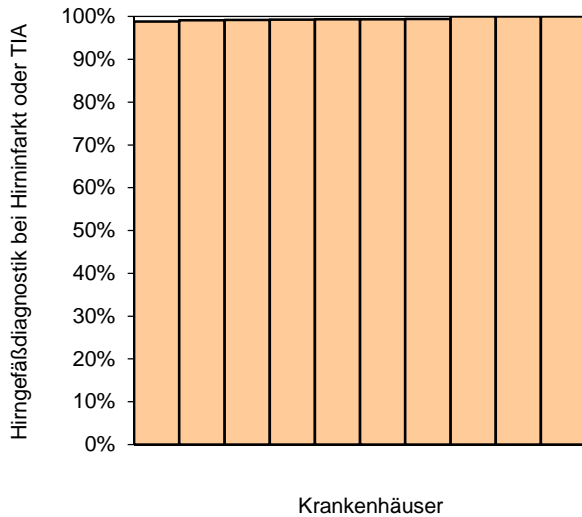
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographie oder Computertomographische Angiographie) Vertrauensbereich			2.022 / 2.040	99,1% 98,6% - 99,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2024/apo_hh/83292]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

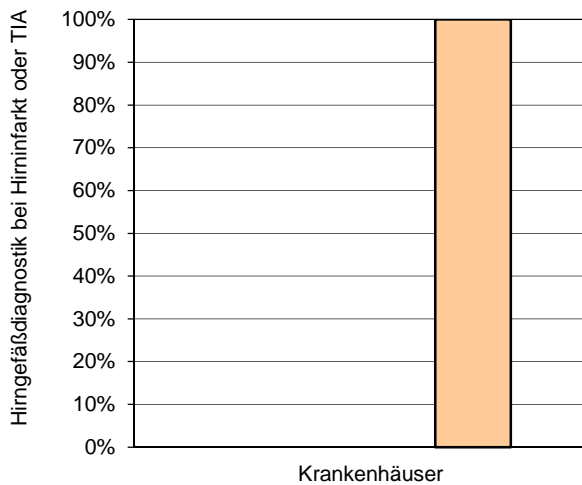
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,8	98,8	99,0	99,2	99,4	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 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: 2024/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2024/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2024/apo_hh/83386

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

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

	Gesamt 2024 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	1 / 580 0,2%	33 / 1.306 2,5%	12 / 165 7,3%
Vertrauensbereich	0,0% - 1,0%	1,7% - 3,5%	3,8% - 12,4%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich			

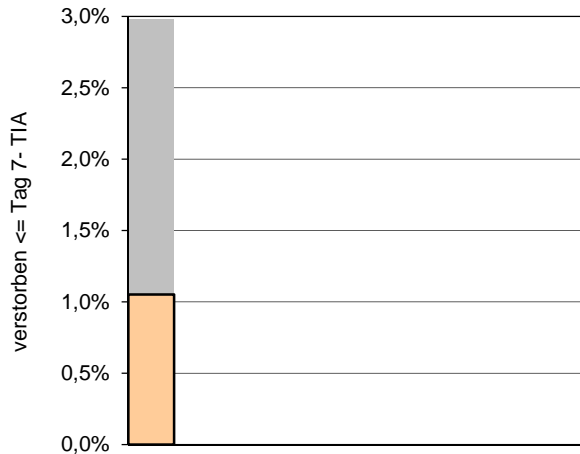
Vorjahresdaten	Gesamt 2023 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung) Vertrauensbereich	0 / 576 0,0% 0,0% - 0,6%	21 / 1.475 1,4% 0,9% - 2,2%	4 / 182 2,2% 0,6% - 5,6%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2024/apo_hh/83293]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

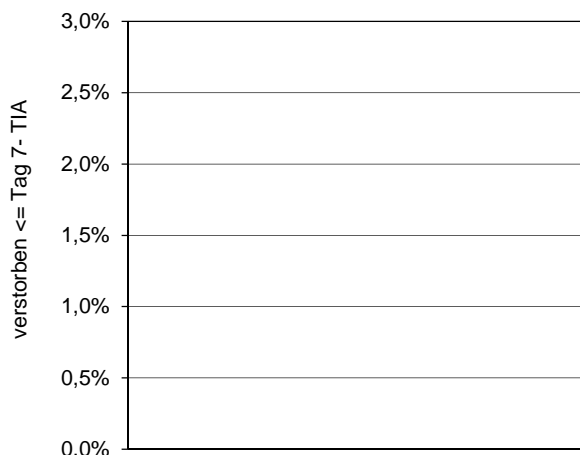


Krankenhäuser

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	0,5	1,1	1,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat 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	0,0	0,0	0,0	0,0

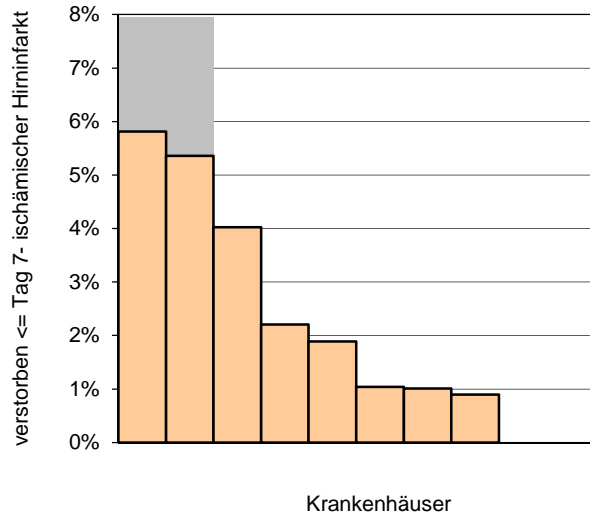
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2024/apo_hh/83385]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

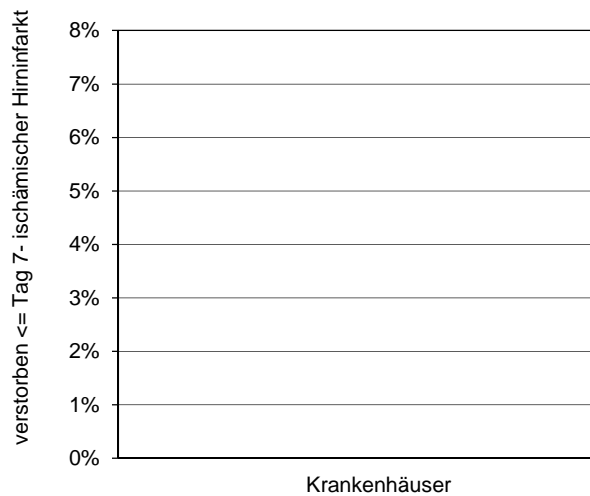
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,9	1,5	4,0	5,6	5,8	5,8

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

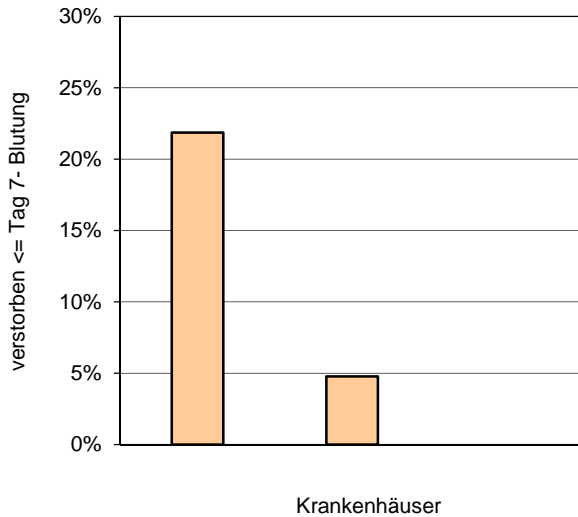
4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2024/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:

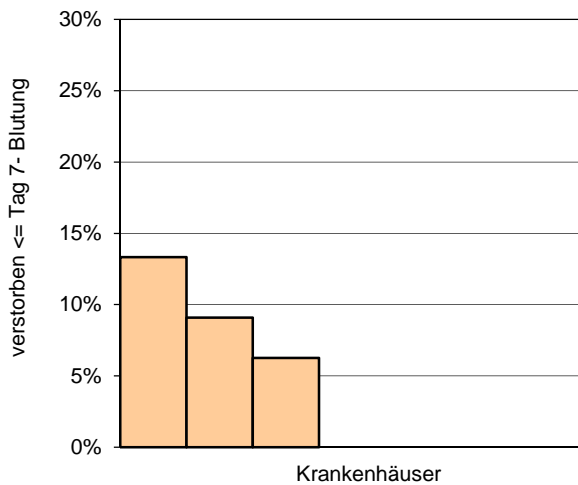
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	21,9	21,9	21,9	21,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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	9,1	13,3	13,3	13,3

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: 2024/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.106 / 1.227	90,1%
Vertrauensbereich				88,3% - 91,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

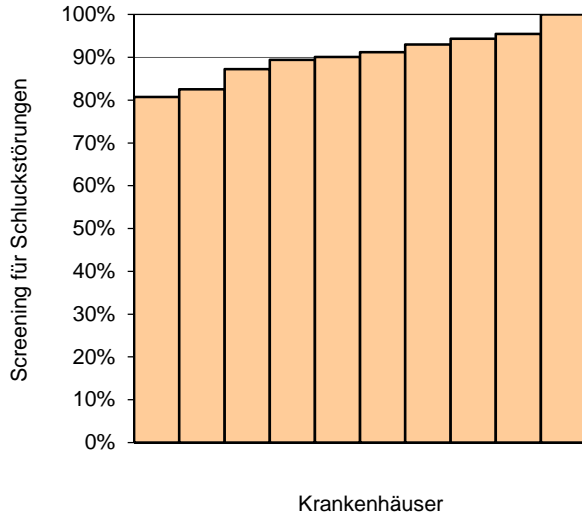
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.213 / 1.399	86,7%
Vertrauensbereich				84,8% - 88,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2024/apo_hh/83294]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

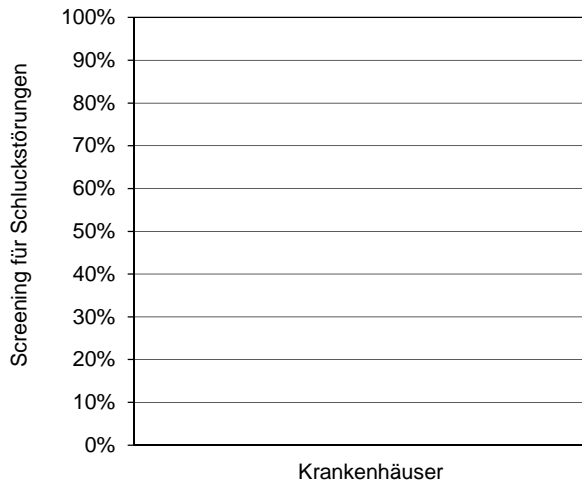
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,7	80,7	81,6	87,2	90,6	94,4	97,7	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


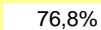
Qualitätsindikator 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 6 Stunden


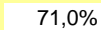
Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung

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

Indikator-ID: 2024/apo_hh/103490

Referenzbereich: >= 65,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹			390 / 508	 76,8%
Vertrauensbereich				72,8% - 80,4%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten ¹			406 / 572	 71,0%
Vertrauensbereich				67,1% - 74,7%

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

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) ¹				
> 30 - 60 Minuten			42 / 508	8,3%
> 1 bis 3 Stunden			31 / 508	6,1%
> 3 bis 6 Stunden			15 / 508	3,0%
> 6 Stunden			4 / 508	0,8%
1. Bildgebung vor Aufnahme			3 / 508	0,6%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 508	0,0%

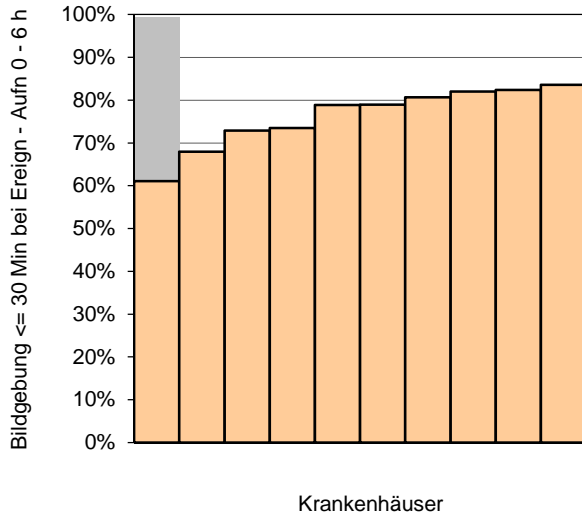
¹ Ausschluss: Patienten mit Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik, ohne stationäre Erstversorgung oder mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2024/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:

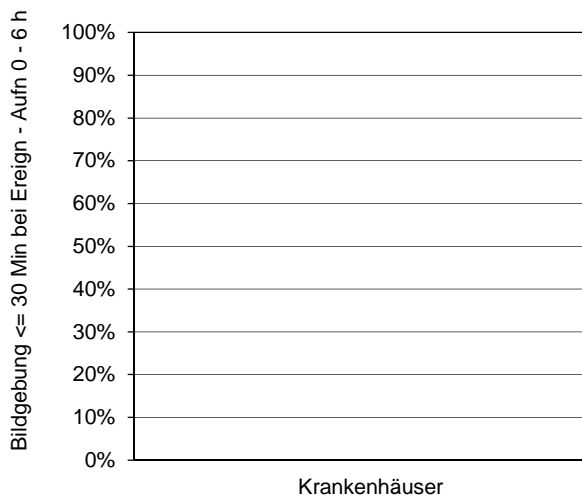
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,1	61,1	64,5	72,9	78,9	82,1	83,0	83,6	83,6

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.

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: 2024/apo_hh/83311

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

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			135 / 204	66,2%
Vertrauensbereich				59,2% - 72,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			177 / 266	66,5%
Vertrauensbereich				60,5% - 72,2%

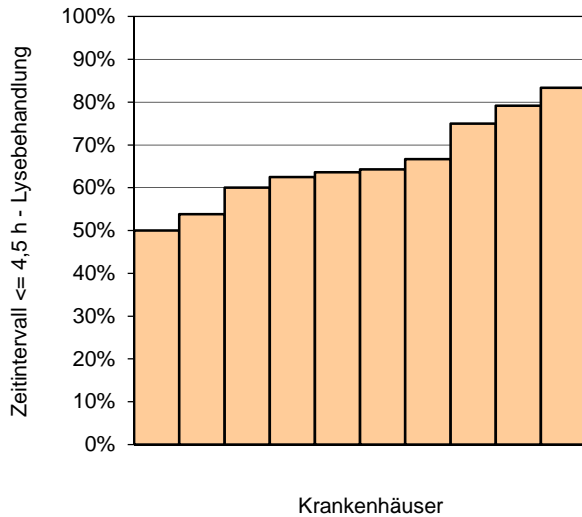
¹ Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde das Ergebnis für Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 2024/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
	50,0	50,0	51,9	60,0	64,0	75,0	81,3	83,3	83,3

6 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:	2024/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2024/apo_hh/103509
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 42,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			144 / 249	57,8%
Vertrauensbereich				51,4% - 64,0%
Referenzbereich		>= 42,0%		>= 42,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			219 / 249	88,0%
Vertrauensbereich				83,2% - 91,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
Gruppe 1 <= 30 Minuten			170 / 285	59,6%
Vertrauensbereich				53,7% - 65,4%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			254 / 285	89,1%
Vertrauensbereich				84,9% - 92,5%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse ¹				
> 30 - 60 Minuten			75 / 249	30,1%
> 1 - 2 Stunden			22 / 249	8,8%
> 2 - 3 Stunden			1 / 249	0,4%
> 3 - 4 Stunden			0 / 249	0,0%
> 4 - 6 Stunden			1 / 249	0,4%
> 6 Stunden			4 / 249	1,6%
keine Lyse durchgeführt			0 / 249	0,0%

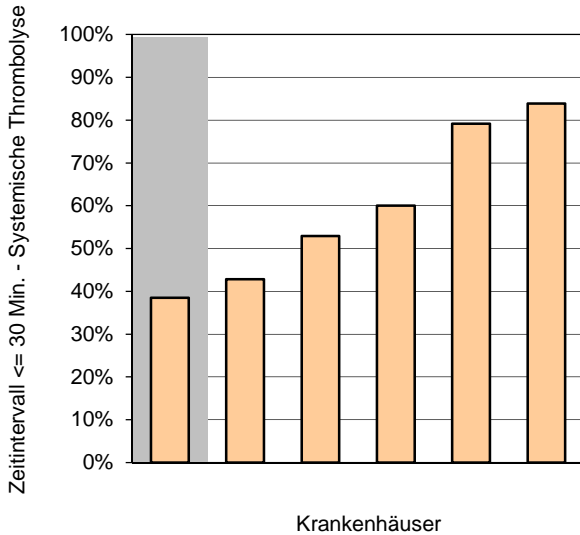
¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2024/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:

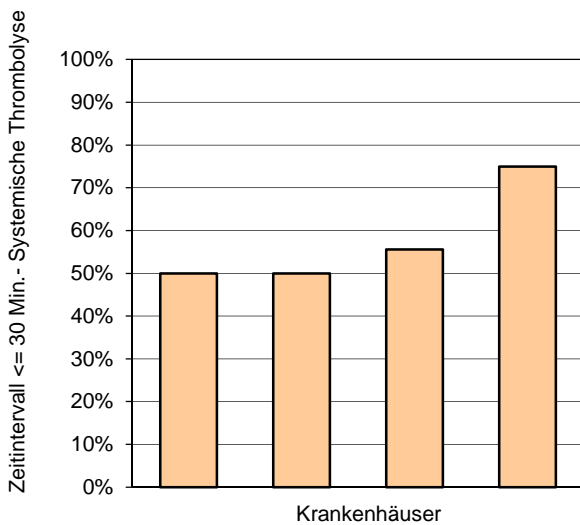
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	38,5	38,5	38,5	42,9	56,5	79,2	83,9	83,9	83,9

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
	50,0	50,0	50,0	50,0	52,8	65,3	75,0	75,0	75,0

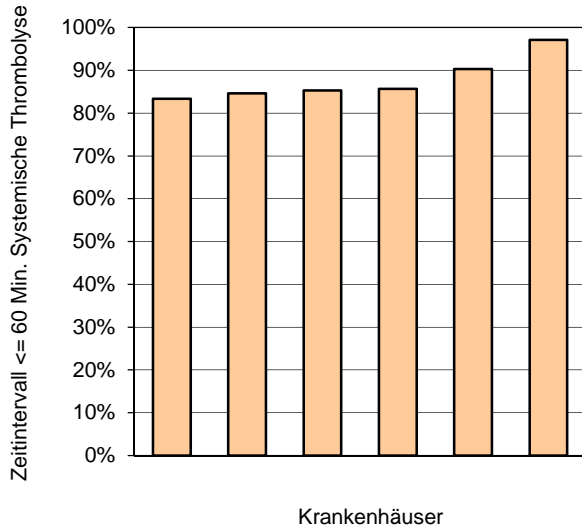
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2024/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:

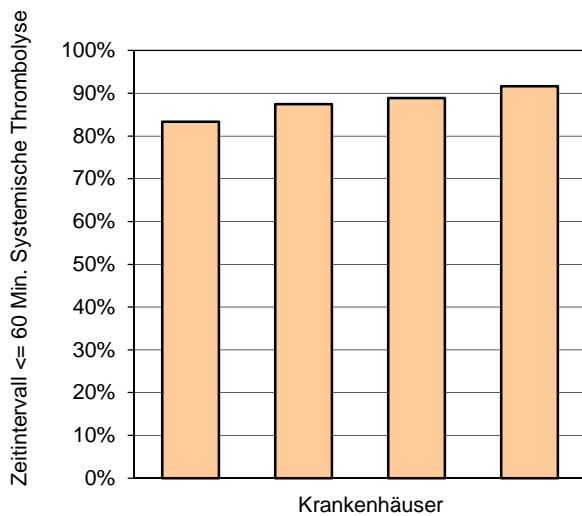
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,3	83,3	83,3	84,6	85,5	90,3	97,1	97,1	97,1

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
	83,3	83,3	83,3	85,4	88,2	90,3	91,7	91,7	91,7

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


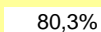
Qualitätsindikator 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie


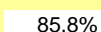
Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit Rekanalisation nach Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2024/apo_hh/151296

Referenzbereich: $\geq 63,0\%$

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			114 / 142	 80,3%
Vertrauensbereich				72,8% - 86,5%
Referenzbereich		$\geq 63,0\%$		$\geq 63,0\%$

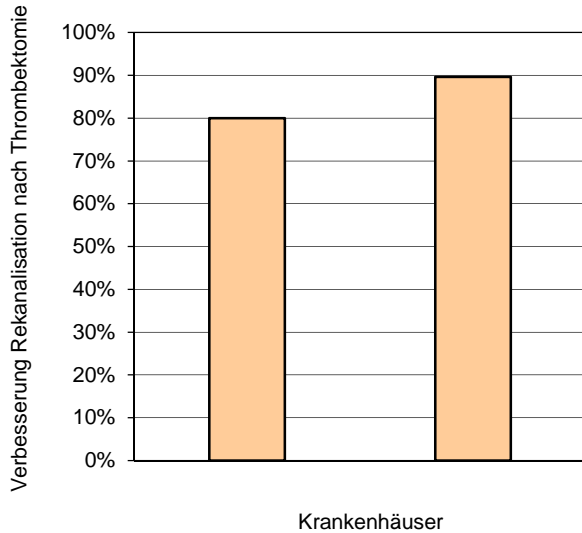
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			127 / 148	 85,8%
Vertrauensbereich				79,1% - 91,0%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2024/apo_hh/151296]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

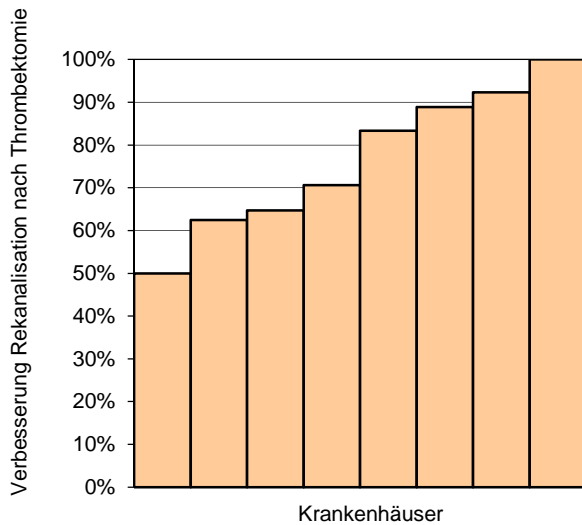
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0	80,0	80,0	80,0	84,8	89,7	89,7	89,7	89,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	63,6	77,0	90,6	100,0	100,0	100,0

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: 2024/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 Vertrauensbereich Referenzbereich			46 / 142	32,4%
		nicht definiert		24,8% - 40,8% nicht definiert

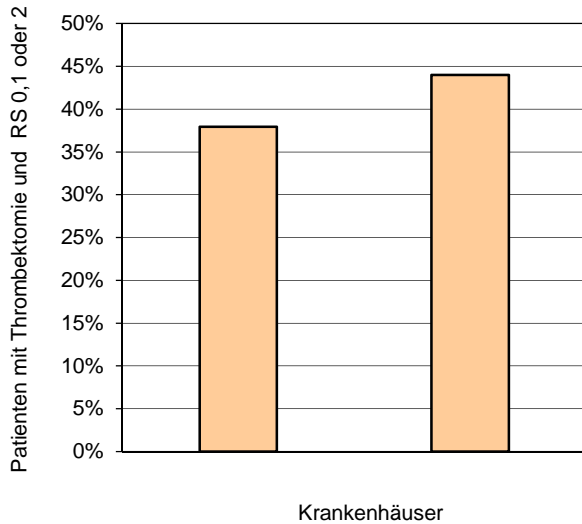
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 Vertrauensbereich			40 / 148	27,0%
				20,1% - 35,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2024/apo_hh/151297]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

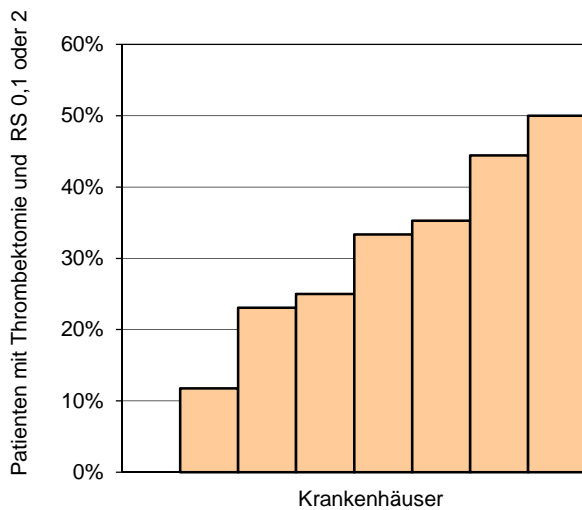
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,9	37,9	37,9	37,9	41,0	44,0	44,0	44,0	44,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	17,4	29,2	39,9	50,0	50,0	50,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


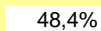
Qualitätsindikator 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung


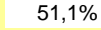
Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2024/apo_hh/83372

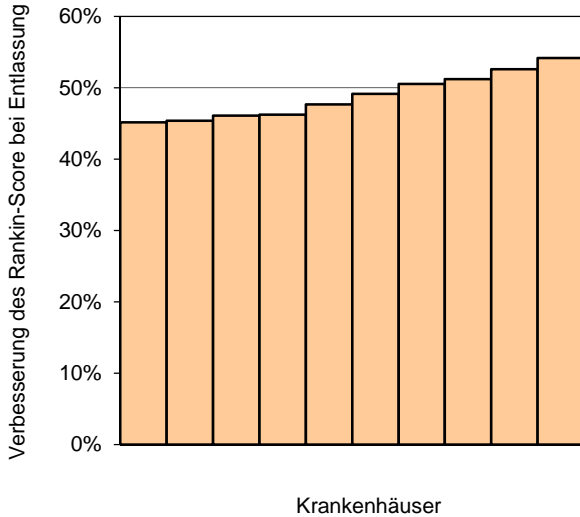
Referenzbereich: >= 45,0%

	Krankenhaus 2024 I. Quartal	Gesamt 2024 I. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		992 / 2.051	 48,4%
Vertrauensbereich			46,2% - 50,6%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal	Gesamt 2023 I. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.141 / 2.233	 51,1%
Vertrauensbereich			49,0% - 53,2%

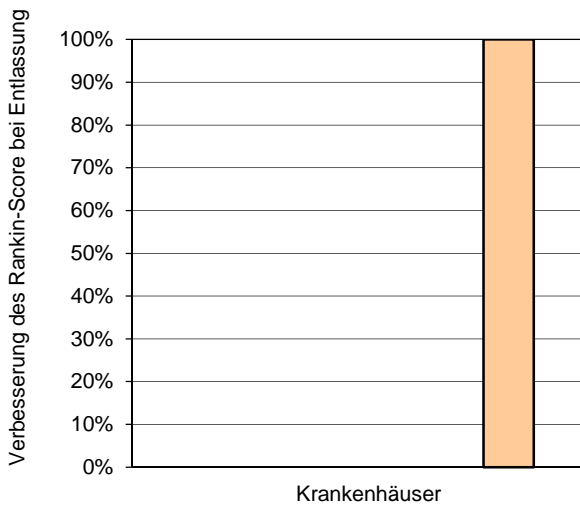
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2024/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,2	45,2	45,3	46,1	48,4	51,2	53,4	54,2	54,2

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



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2024 I. 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 2024 I. 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	324 15,8%	191 9,3%	123 6,0%	76 3,7%	27 1,3%	5 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	20 1,0%	115 5,6%	124 6,0%	81 3,9%	26 1,3%	10 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	7 0,3%	11 0,5%	121 5,9%	130 6,3%	40 2,0%	22 1,1%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,0%	7 0,3%	15 0,7%	79 3,9%	72 3,5%	28 1,4%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	6 0,3%	6 0,3%	12 0,6%	59 2,9%	37 1,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	1 0,0%	3 0,1%	9 0,4%	82 4,0%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Rankin bei Entlassung						

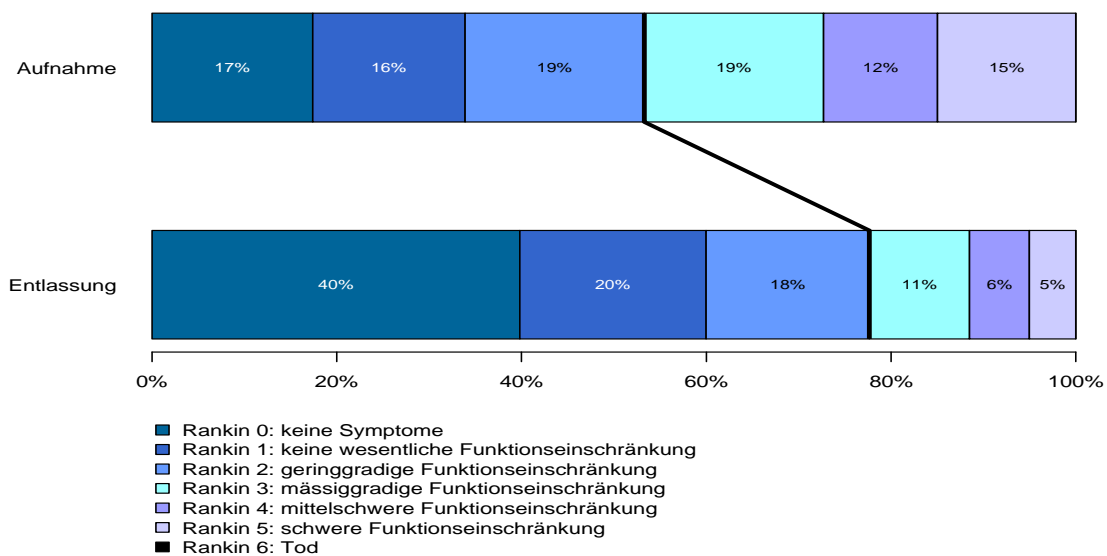
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2023 I. Quartal**

	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 2023 I. 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	340 15,2%	197 8,8%	145 6,5%	67 3,0%	17 0,8%	3 0,1%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	6 0,3%	105 4,7%	159 7,1%	70 3,1%	41 1,8%	14 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	10 0,4%	120 5,4%	158 7,1%	60 2,7%	22 1,0%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	5 0,2%	14 0,6%	94 4,2%	88 3,9%	38 1,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	7 0,3%	12 0,5%	68 3,0%	62 2,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	1 0,0%	1 0,0%	12 0,5%	11 0,5%	117 5,2%
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: 2024/apo_hh/83295

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme ¹				
0 - <= 2 Stunden			514 / 2.051	25,1%
> 2 - <= 3 Stunden			142 / 2.051	6,9%
> 3 - <= 6 Stunden			150 / 2.051	7,3%
> 6 - <= 24 Stunden			193 / 2.051	9,4%
> 24 - <= 48 Stunden			69 / 2.051	3,4%
> 48 Stunden			115 / 2.051	5,6%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹			656 / 2.051	32,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden ¹			704 / 2.233	31,5%

¹ Ausschluss: Patienten mit Inhouse-Schlaganfall

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

Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Kennzahl-ID: 2024/apo_hh/151304

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion ¹				
0 - <= 30 Minuten			3 / 142	2,1%
> 30 - <= 60 Minuten			31 / 142	21,8%
> 60 - <= 90 Minuten			48 / 142	33,8%
> 90 - <= 120 Minuten			30 / 142	21,1%
> 120 - <= 180 Minuten			19 / 142	13,4%
> 180 Minuten			10 / 142	7,0%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹			34 / 142	23,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten ¹			23 / 148	15,5%

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: 2024/apo_hh/151311

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			17 / 2.051	0,8%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			11 / 17	64,7%
> 2 - <= 3 Stunden			0 / 17	0,0%
> 3 - <= 6 Stunden			2 / 17	11,8%
> 6 - <= 24 Stunden			2 / 17	11,8%
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 17	0,0%
> 48 Stunden			2 / 17	11,8%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				106,0 Min.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				162,0 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: 2024/apo_hh/154383

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			8 / 225	3,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			3 / 283	1,1%

¹ Informationsgewinn über die Organisation der Schlaganfallversorgung in der Region.

Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt

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

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

Kennzahl-ID: 2024/apo_hh/154384

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			89 / 225	39,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2023 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			95 / 283	33,6%

Basisdaten

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.462	100,0	2.585	100,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.462		2.585	

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

Patienten

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.969		2.149	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			1.039	52,8	1.135	52,8
weiblich			928	47,1	1.009	47,0
divers			0	0,0	0	0,0
unbestimmt			2	0,1	5	0,2

Aufnahme

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			1.994 / 2.462	81,0	2.125 / 2.585	82,2
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			82 / 2.462	3,3	84 / 2.585	3,2
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			6 / 2.462	0,2	12 / 2.585	0,5
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			11 / 2.462	0,4	4 / 2.585	0,2
nein, keine stationäre Erstversorgung			362 / 2.462	14,7	352 / 2.585	13,6
Inhouse-Schlaganfall			7 / 2.462	0,3	8 / 2.585	0,3
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.578	76,9	1.721	77,1
Sonnabend oder Sonntag			473	23,1	512	22,9
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			690	33,6	770	34,5
nein			1.327	64,7	1.423	63,7
nicht bestimmbar			34	1,7	40	1,8
Sprachstörung						
ja			438	21,4	502	22,5
nein			1.585	77,3	1.701	76,2
nicht bestimmbar			28	1,4	30	1,3
Motorische Ausfälle						
ja			895	43,6	1.035	46,4
nein			1.139	55,5	1.180	52,8
nicht bestimmbar			17	0,8	18	0,8
Schluckstörung						
ja			235	11,5	291	13,0
nein			1.689	82,4	1.798	80,5
nicht bestimmbar			127	6,2	144	6,4
Bewusstseinsstörung						
ja			175	8,5	179	8,0
nein			1.869	91,1	2.041	91,4
nicht bestimmbar			7	0,3	13	0,6

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			1.225	59,7	1.332	59,7
nein			826	40,3	901	40,3
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			253	20,7	301	22,6
> 1 - <= 2 Stunden			289	23,6	322	24,2
> 2 - <= 3 Stunden			142	11,6	124	9,3
> 3 - <= 3,5 Stunden			43	3,5	43	3,2
> 3,5 - <= 4 Stunden			30	2,4	45	3,4
> 4 - <= 6 Stunden			77	6,3	87	6,5
> 6 - <= 24 Stunden			193	15,8	219	16,4
> 24 - <= 48 Stunden			69	5,6	54	4,1
> 48 Stunden			115	9,4	119	8,9
wake up stroke						
ja			314	38,0	307	34,1
nein			512	62,0	594	65,9

Diagnostik

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			4	0,2	1	0,0
1. Bildgebung extern			139	6,8	150	6,7
1. Bildgebung intern			1.908	93,0	2.082	93,2
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			714	37,4	881	42,3
CCT mit CTA			1.122	58,8	1.122	53,9
MRT			41	2,1	43	2,1
MRT mit MRA			31	1,6	36	1,7
Gefäßverschluss						
ja			289	14,1	321	14,4
nein			1.762	85,9	1.912	85,6
Thrombektomie						
Gefäßverschluss in der Angiographie						
ja			135	95,1	129	87,2
nein			4	2,8	3	2,0
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
Art des Gefäßverschlusses						
Carotis T			25	18,5	16	12,4
M1			71	52,6	68	52,7
M2			16	11,9	20	15,5
Basilaris			9	6,7	5	3,9
Sonstige			14	10,4	20	15,5
Erfolgreiche Rekanalisation TICI = IIb/III						
ja			111	82,2	111	86,0
nein			24	17,8	18	14,0
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar, da Verlegung			17	0,8	19	0,9
<= 24 Stunden			899	43,8	861	38,6
> 24 Stunden			1.135	55,3	1.353	60,6

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße						
extrakraniell			1.888	92,9	2.041	92,1
Intrakraniell			1.885	92,7	2.049	92,4
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt						
ja			1.801	88,6	1.902	85,8
nein			216	10,6	302	13,6
nicht durchführbar			16	0,8	13	0,6
Vorhofflimmern			509	25,0	533	24,0
Komplikationen - Pneumonie						
nein			1.852	91,1	2.010	90,7
ja			181	8,9	207	9,3
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis						
nein			1.905	93,7	1.997	90,1
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			26	1,3	37	1,7
Stenting im Verlauf			13	0,6	11	0,5
TEA			31	1,5	21	0,9

Diagnose(n) ICD-10-GM 2024¹

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.306	63,7	1.475	66,1
TIA			580	28,3	576	25,8
ICB			165	8,0	182	8,2
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			357	17,4	358	16,0
Rankin 1			338	16,5	324	14,5
Rankin 2			398	19,4	455	20,4
Rankin 3			398	19,4	436	19,5
Rankin 4			253	12,3	301	13,5
Rankin 5			307	15,0	359	16,1
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			743	39,8	767	37,2
Rankin 1			376	20,2	394	19,1
Rankin 2			330	17,7	373	18,1
Rankin 3			202	10,8	240	11,7
Rankin 4			121	6,5	150	7,3
Rankin 5			94	5,0	136	6,6

Rehabilitation

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.607	79,0	1.802	81,3
> Tag 2 nach Aufnahme			20	1,0	49	2,2
keine			406	20,0	366	16,5
Beginn Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.526	75,1	1.708	77,0
> Tag 2 nach Aufnahme			17	0,8	34	1,5
keine			490	24,1	475	21,4

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			509	25,0	591	26,7
Thrombozyten- aggregationshemmer			1.433	70,5	1.594	71,9
Antihypertensiva			1.616	79,5	1.776	80,1
Antidiabetika			372	18,3	413	18,6
Statine			1.806	88,8	1.963	88,5

Entlassung

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart						
nach Hause			1.275	62,7	1.368	61,7
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			416	20,5	494	22,3
andere Abteilung			51	2,5	59	2,7
externe Akut-Klinik			30	1,5	32	1,4
Pflegeeinrichtung			124	6,1	139	6,3
verstorben			137	6,7	125	5,6
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik						
zur Thrombektomie			1	3,2	2	5,9
zur Desobliteration der A. carotis			8	25,8	6	17,6
zur Hemikraniektomie			6	19,4	5	14,7
aus anderen Gründen			16	51,6	21	61,8
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			66	48,2	70	56,0
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			71	51,8	55	44,0
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			2.051	100,0	2.233	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>6,8 Tage</i>		<i>8,8 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 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.698	83,5	1.844	83,2
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			17	0,8	15	0,7
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			176	8,7	210	9,5
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			12	0,6	19	0,9
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			62	3,0	71	3,2
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			68	3,3	58	2,6
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			154	55,4	174	54,5
> 30 - <= 60 Minuten			77	27,7	84	26,3
> 1 - <= 2 Stunden			24	8,6	21	6,6
> 2 - <=3 Stunden			2	0,7	3	0,9
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	2	0,6
> 4 - <= 6 Stunden			1	0,4	1	0,3
> 6 Stunden			20	7,2	34	10,7
keine Lyse durchgeführt			1.766	86,9	1.902	85,8
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			1.003	48,9	1.011	45,3
> 30 - <= 60 Minuten			302	14,7	306	13,7
> 1 - <= 3 Stunden			391	19,1	465	20,8
> 3 - <= 6 Stunden			136	6,6	192	8,6
> 6 Stunden			73	3,6	106	4,7
1. Bildgebung vor Aufnahme			139	6,8	150	6,7
keine Bildgebung erfolgt			4	0,2	1	0,0
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			1.093	58,6	1.154	56,0
3 - 8 (mittel)			554	29,7	608	29,5
9 - 20 (schwerwiegend)			180	9,6	250	12,1
> 20 (sehr schwerwiegend)			31	1,7	40	1,9
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2024 I. Quartal		Gesamt 2024 I. Quartal		Gesamt 2023 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.806	88,1	1.964	88,0
Antihypertensiva			1.617	78,8	1.777	79,6
Antidiabetika			372	18,1	414	18,5
keine Angabe			17	0,8	14	0,6
Versorgungssituation vor Akutereignis						
unabhängig zu Hause			1.707	83,3	1.847	82,7
Pflege zu Hause			184	9,0	215	9,6
Pflege in Institution			159	7,8	171	7,7
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 2024.

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 2024 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2023 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 2023 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2024 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.

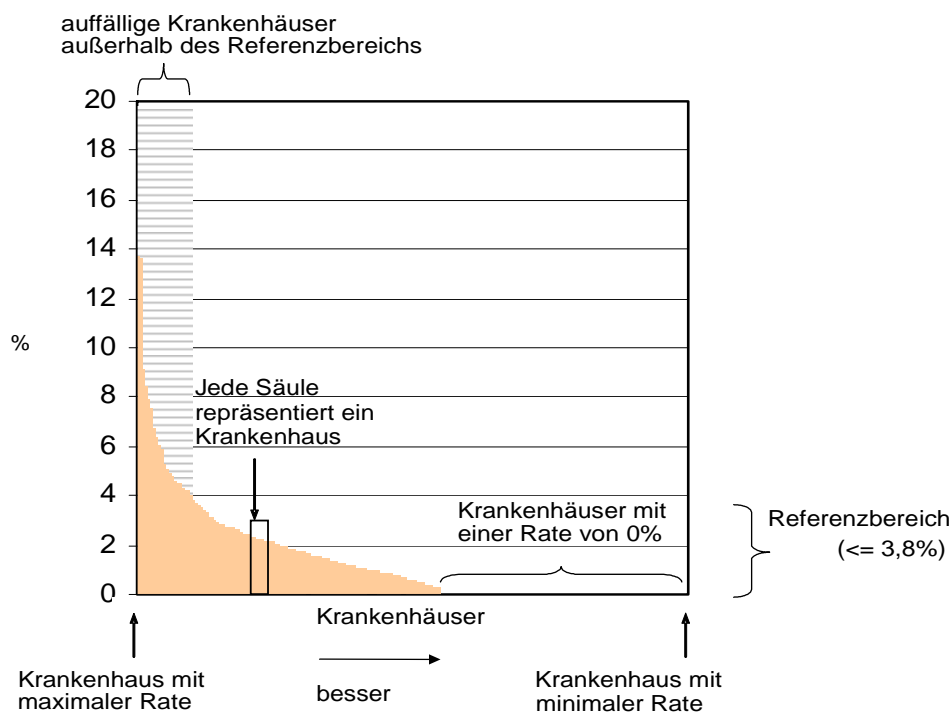
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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