

# Auswertung 1. Quartal 2018 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 14  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.002  
Datensatzversion: apo\_hh 2018 2.1  
Datenbankstand: 08. Mai 2018  
2018 - D17483-L110189-P52993

**BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH**

Standort Düsseldorf  
Kanzlerstr. 4  
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg  
Wendenstr. 375  
D-20537 Hamburg

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 2018 im I. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen für die Vorjahresdaten in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2017 im I. Quartal stationär aufgenommen wurden.

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/apo_hh/83284 <b>QI 1: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			92,9%	>= 80,0%	7
2018/apo_hh/83285 <b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			93,0%	>= 80,0%	9
2018/apo_hh/83287 <b>QI 3: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			73,5%	>= 90,0%	11
2018/apo_hh/83288 <b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			93,8%	>= 75,0%	13
2018/apo_hh/83292 <b>QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA</b>			96,2%	>= 90,0%	15

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 6: Krankenhaussterblichkeit</b>					
2018/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2018/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			3,1%	<= 4,0%	17
2018/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			15,6%	<= 25,0%	17
2018/apo_hh/83294 <b>QI 7: Screening für Schluckstörungen</b>			79,0%	>= 80,0%	22
<b>QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung <sup>1</sup> bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0-3 bzw. &gt; 3-6 Stunden</b>					
2018/apo_hh/103490 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten	-	-	-	-	24
2018/apo_hh/103491 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten	-	-	-	-	24

<sup>1</sup> Eine Berechnung dieser Qualitätsindikatoren ist nicht möglich, da die notwendigen Daten für das Intervall Symptombeginn - Aufnahme nicht exportiert wurden.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 9: Thrombolyse- und/oder Thrombektomie</b>					
2018/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25	-	-	-	-	28
2018/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. > 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25	-	-	-	-	28
2018/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25	-	-	-	-	28
2018/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. > 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25	-	-	-	-	28
<b>QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time</b>					
2018/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde			52,4%	>= 35,0%	34
2018/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde			87,1%	>= 80,0%	34
2018/apo_hh/151296					
<b>QI 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie</b>			9,7%	nicht definiert	38

<sup>1</sup> Eine Berechnung dieser Qualitätsindikatoren ist nicht möglich, da die notwendigen Daten für das Intervall Symptombeginn - Aufnahme nicht exportiert wurden.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/apo_hh/151297					
<b>QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score</b>					
<b>Aufnahme versus Entlassung mit</b>					
<b>Thrombektomie</b>					
			35,5%	nicht definiert	40
2018/apo_hh/83372					
<b>QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score</b>					
<b>Aufnahme versus Entlassung</b>					
			47,1%	>= 45,0%	42
2018/apo_hh/83295					
<b>Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn</b>					
<b>bis Aufnahme im behandelnden</b>					
<b>Krankenhaus &lt;= 3 Stunden<sup>1</sup></b>					
	-	-	-	-	49
2018/apo_hh/151304					
<b>Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie -</b>					
<b>door-to-groin-time</b>					
			8,2%	nicht definiert	51
2018/apo_hh/151311					
<b>Kennzahl 3: Door-to-door-time</b>					
Alle Patienten, die zur Thrombektomie					
verlegt werden					
			14,3%	nicht definiert	53

<sup>1</sup> Eine Berechnung dieser Kennzahl ist nicht möglich, da die notwendigen Daten für das Intervall Symptombeginn - Aufnahme nicht exportiert wurden.

### 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 < 18 Jahre mit Diagnose TIA und Entlassungsgrund Tod)

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/83284

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

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			352 / 379	92,9%
Vertrauensbereich				89,8% - 95,3%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

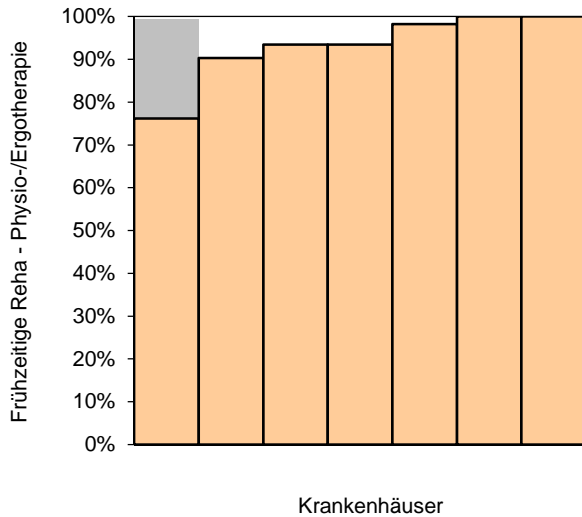
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			584 / 624	93,6%
Vertrauensbereich				91,4% - 95,4%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/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 < 18 Jahre, mit Diagnose TIA und Entlassungsgrund Tod)**

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

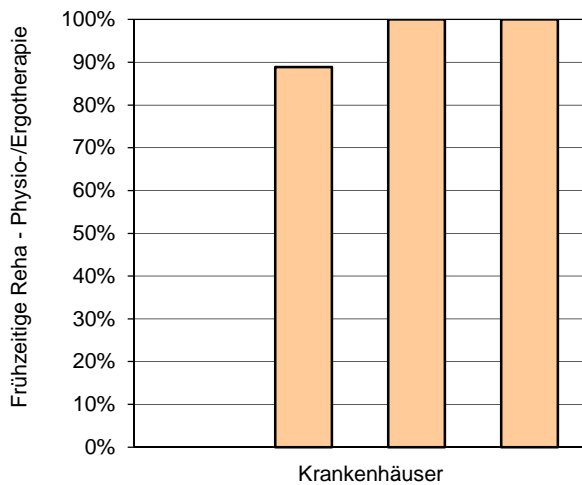
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,2	76,2	76,2	90,3	93,4	100,0	100,0	100,0	100,0

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	44,4	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



## Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

<b>Qualitätsziel:</b>	Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall <= Tag 2 nach Aufnahme durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre, mit Diagnose TIA, mit Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)
<b>Indikator-ID:</b>	2018/apo_hh/83285
<b>Referenzbereich:</b>	>= 80,0%

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			468 / 503	93,0%
Vertrauensbereich				90,4% - 95,1%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			97 / 123	78,9%
Vertrauensbereich				70,6% - 85,7%

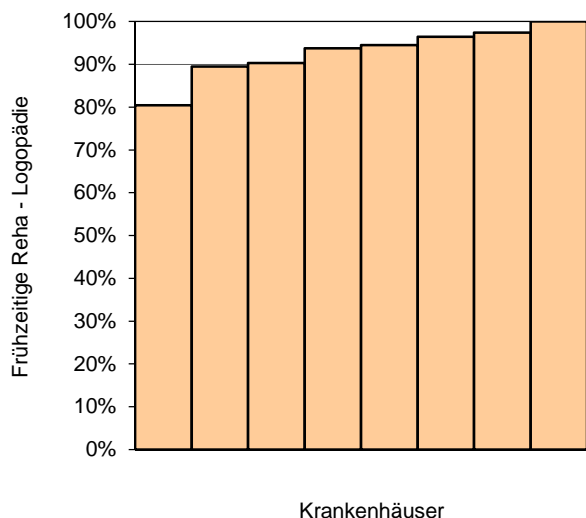
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/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 < 18 Jahre, mit Diagnose TIA, Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)**

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

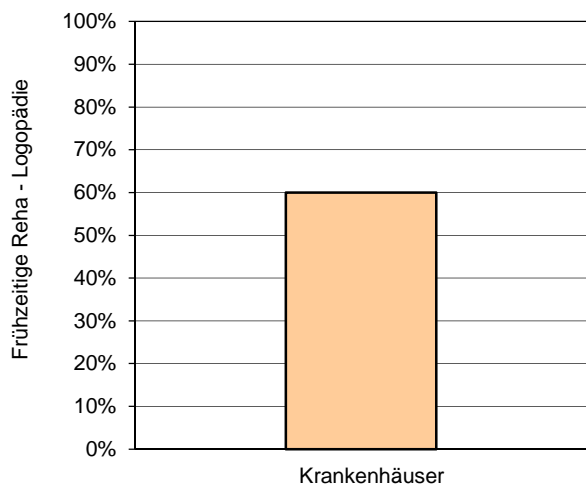
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,4	80,4	80,4	89,9	94,1	96,9	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
	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0	60,0

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 < 18 Jahre und Entlassungsgrund Tod)

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/83287

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

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.022 / 1.390	73,5%
Vertrauensbereich				71,1% - 75,8%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.624 / 2.061	78,8%
Vertrauensbereich				77,0% - 80,5%

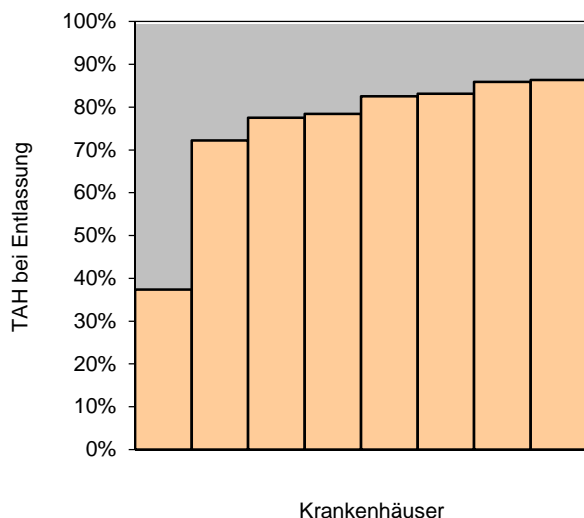
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83287]:**

**Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre und Entlassungsgrund Tod)**

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

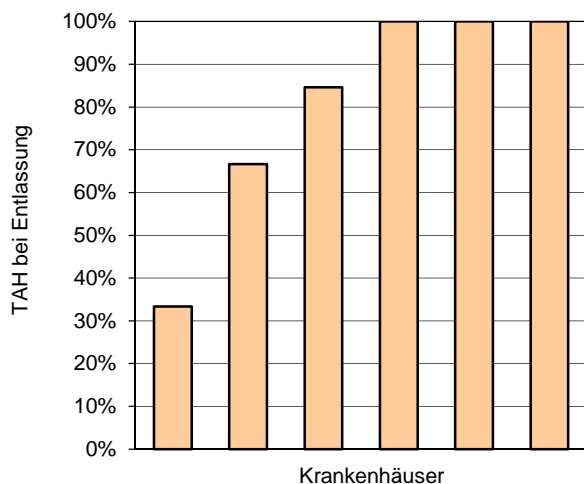
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,4	37,4	37,4	74,9	80,5	84,5	86,4	86,4	86,4

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

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	66,7	92,3	100,0	100,0	100,0	100,0

0 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 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/83288

**Referenzbereich:** >= 75,0%

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			288 / 307	93,8%
Vertrauensbereich				90,5% - 96,2%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

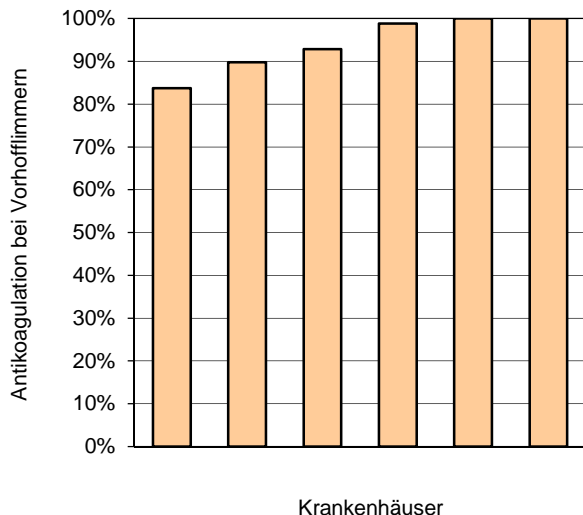
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			318 / 361	88,1%
Vertrauensbereich				84,3% - 91,2%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/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) (Ausschluss: Patienten < 18 Jahren)**

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

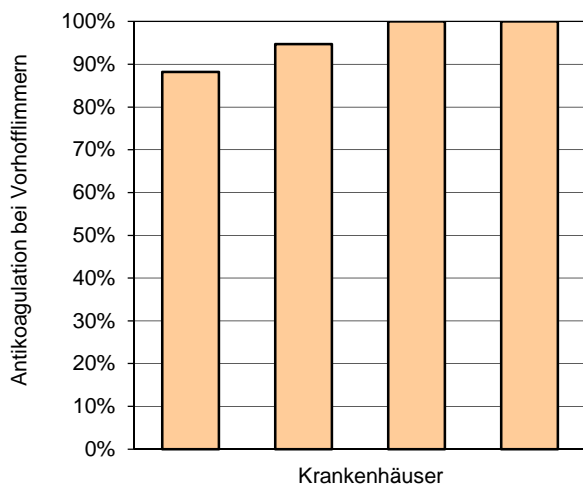
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,7	83,7	83,7	89,8	95,9	100,0	100,0	100,0	100,0

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,2	88,2	88,2	91,5	97,4	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 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/83292

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

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.510 / 1.569	96,2% 95,2% - 97,1% >= 90,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			2.225 / 2.321	95,9% 95,0% - 96,6%

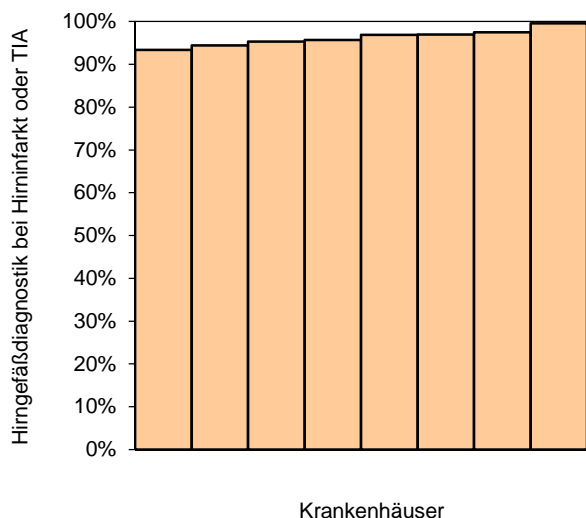
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2018/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 (Ausschluss Patienten < 18 Jahre)**

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

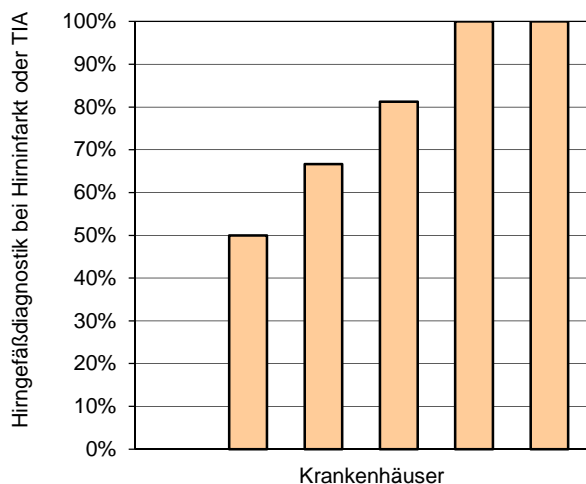
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,4	93,4	93,4	94,9	96,3	97,2	99,6	99,6	99,6

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

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	50,0	74,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.






### Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

**Qualitätsziel:** Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus „verstorben“ am Tag 7

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

**Indikator-ID:**  
 Gruppe 1: 2018/apo\_hh/83293  
 Gruppe 2: 2018/apo\_hh/83385  
 Gruppe 3: 2018/apo\_hh/83386

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

	Krankenhaus 2018 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			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

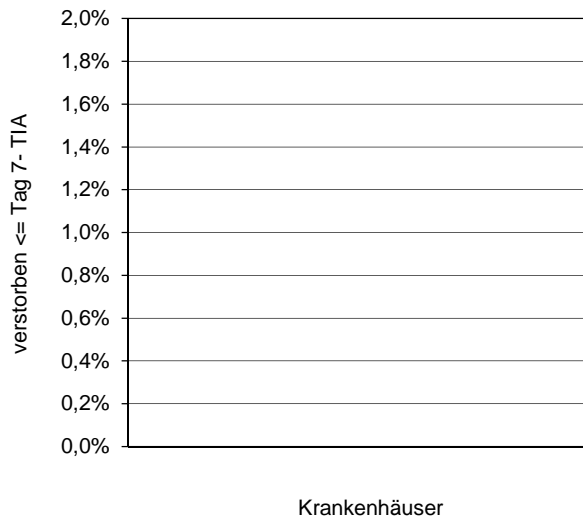
	Gesamt 2018 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 428 0,0%	32 / 1.019 3,1%	19 / 122 15,6%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,9%	2,2% - 4,4%	9,6% - 23,3%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 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 Vertrauensbereich	■	■	■

Vorjahresdaten	Gesamt 2017 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 Vertrauensbereich	0 / 681 0,0% 0,0% - 0,5%	52 / 1.469 3,5% 2,7% - 4,6%	29 / 172 16,9% 11,6% - 23,3%

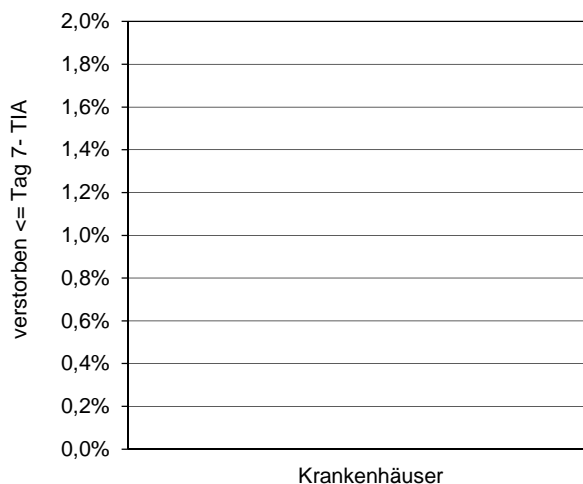
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83293]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

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

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

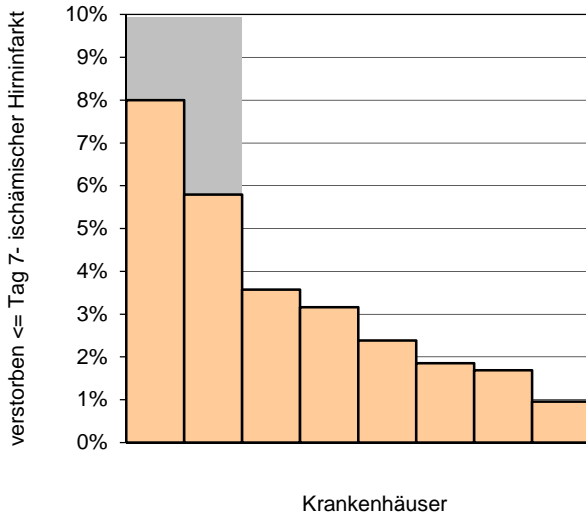


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

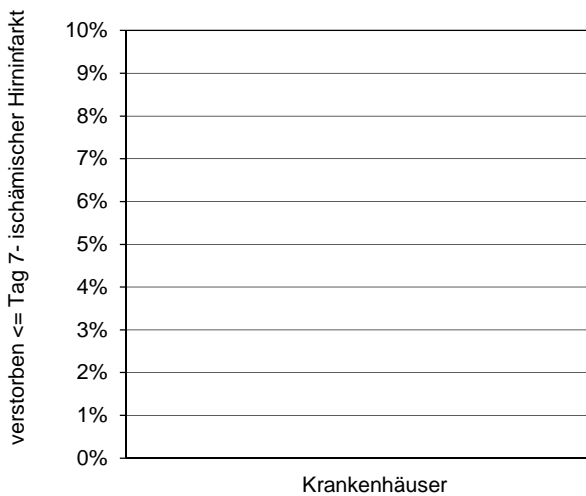
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83385]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit ischämischen Hirninfarkt**

**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
	1,0	1,0	1,0	1,8	2,8	4,7	8,0	8,0	8,0

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

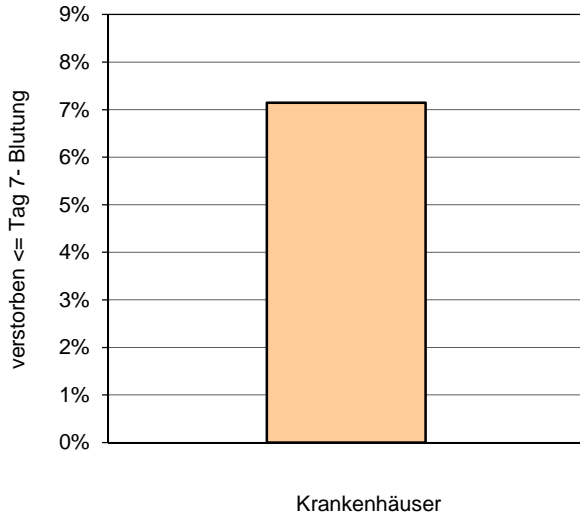


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

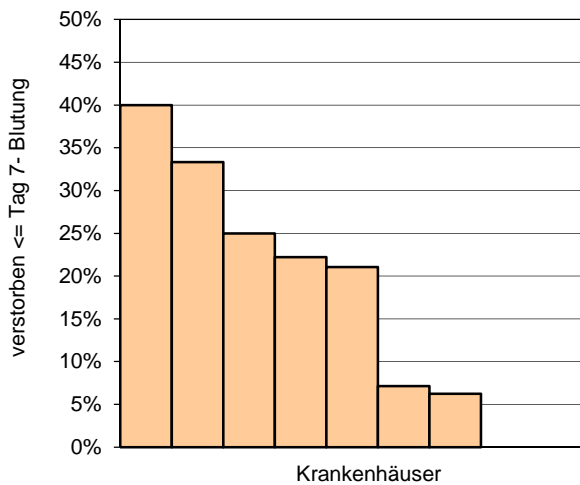
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83386]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

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



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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
9 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	6,3	21,1	25,0	40,0	40,0	40,0

4 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 < 18 Jahre, mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen und Entlassungsgrund Tod)

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/83294

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

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			762 / 965	79,0%
Vertrauensbereich				76,3% - 81,5%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

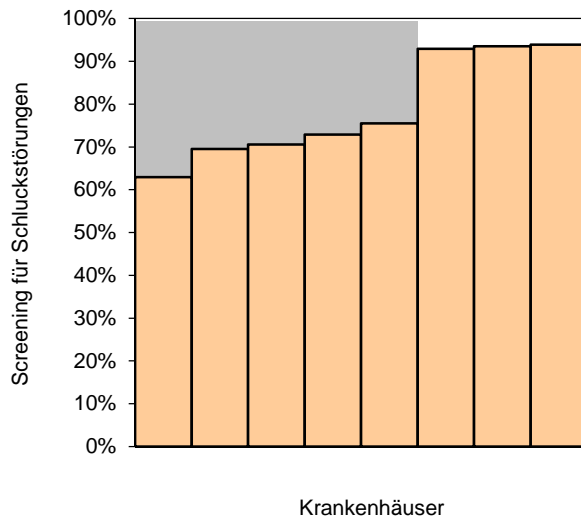
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			191 / 218	87,6%
Vertrauensbereich				82,5% - 91,7%

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83294]:**

**Anteil von Patienten mit Schlucktest nach Protokoll an allen Patienten mit Schlaganfall (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre, mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen und Entlassungsgrund Tod)**

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

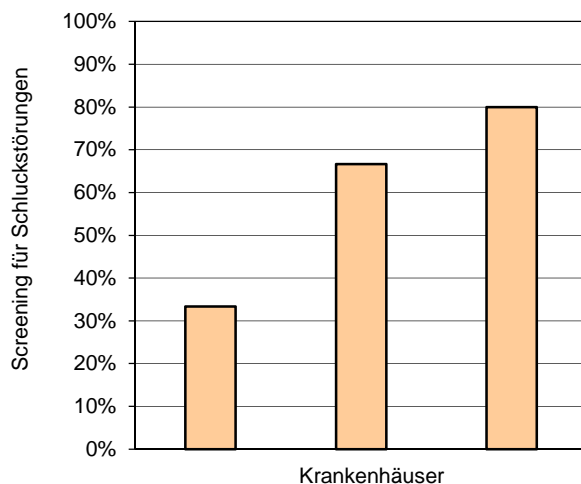
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,9	62,9	62,9	70,0	74,2	93,2	93,9	93,9	93,9

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

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	33,3	66,7	80,0	80,0	80,0	80,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis bis Aufnahme  
0 bis 3 bzw. > 3 bis 6 Stunden<sup>1</sup>**

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis <= 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis <= 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2018/apo_hh/103490
	Gruppe 2:	2018/apo_hh/103491
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 65,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-
Referenzbereich	-	-	-	-

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-

<sup>1</sup> Eine Berechnung dieser Qualitätsindikatoren ist nicht möglich, da die notwendigen Daten für das Intervall Symptombeginn - Aufnahme nicht exportiert wurden.



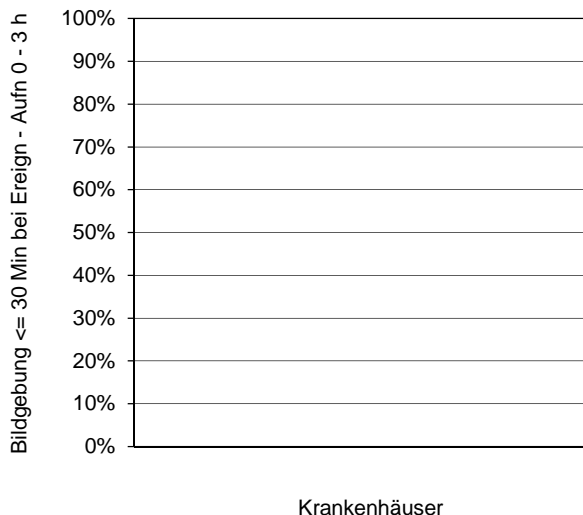
	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten	-	-	-	-
> 1 bis 3 Stunden	-	-	-	-
> 3 bis 6 Stunden	-	-	-	-
> 6 Stunden	-	-	-	-
1. Bildgebung vor Aufnahme	-	-	-	-
keine Bildgebung erfolgt	-	-	-	-

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2018/apo\_hh/103490]:**

**Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)  $\leq$  30 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis  $\leq$  3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA )**

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

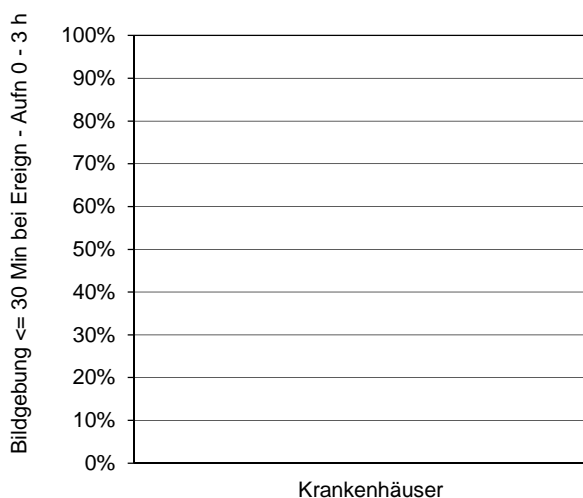
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**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
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

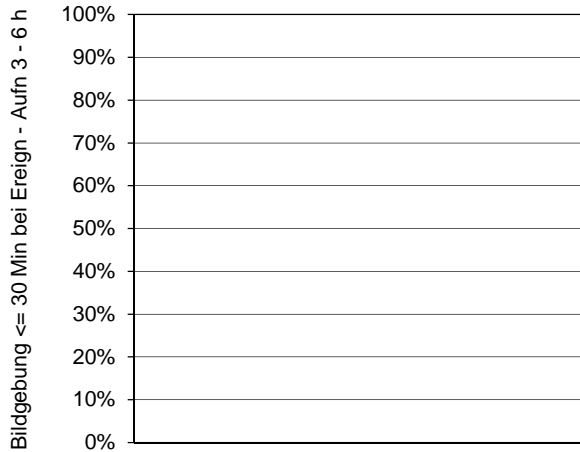
14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2018/apo\_hh/103491]:**

**Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)  $\leq$  30 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme  $> 3$  bis  $\leq 6$  Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)**

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

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

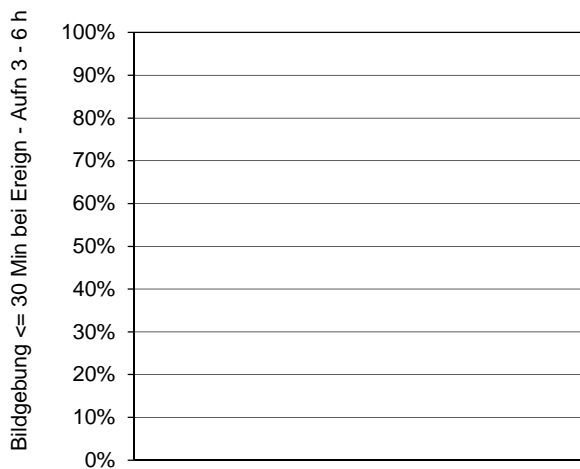


Krankenhäuser

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

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

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



Krankenhäuser

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

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 9: Thrombolyse- und/oder Thrombektomie<sup>1</sup>

<b>Qualitätsziel:</b>	Hoher Anteil an potentiell geeigneten Patienten, die eine Thrombolyse und/oder Thrombektomie erhalten		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis <= 3 Stunden und NIHSS >=4 und <=25 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden und NIHSS >=4 und <=25 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis <= 4 Stunden und NIHSS >=4 und <=25 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 4 - 6 Stunden und NIHSS >=4 und <=25 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2018/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2018/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2018/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2018/apo_hh/103507	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	>= 50,0%	
	Gruppe 4:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Krankenhaus 2018 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-
Referenzbereich	-	-	-	-

	Gesamt 2018 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-
Referenzbereich	-	-	-	-

<sup>1</sup> Eine Berechnung dieser Qualitätsindikatoren ist nicht möglich, da die notwendigen Daten für das Intervall Symptombeginn - Aufnahme nicht exportiert wurden.

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie Vertrauensbereich	- -	- -	- -	- -

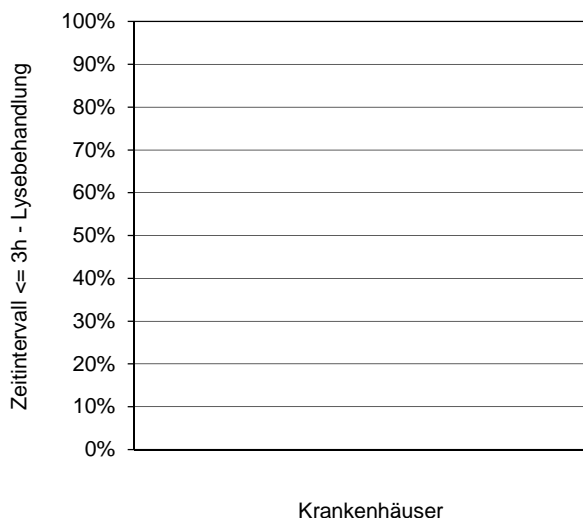
Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2017 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie Vertrauensbereich	- -	- -	- -	- -

<sup>1</sup> Aufgrund von Änderungen in den Spezifikationen sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83311]:  
Anteil von Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie an allen Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis  $\leq 3$  Stunden und NIHSS  $\geq 4$  und  $\leq 25$  (Ausschluss: Patienten  $< 18$  Jahre)**

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

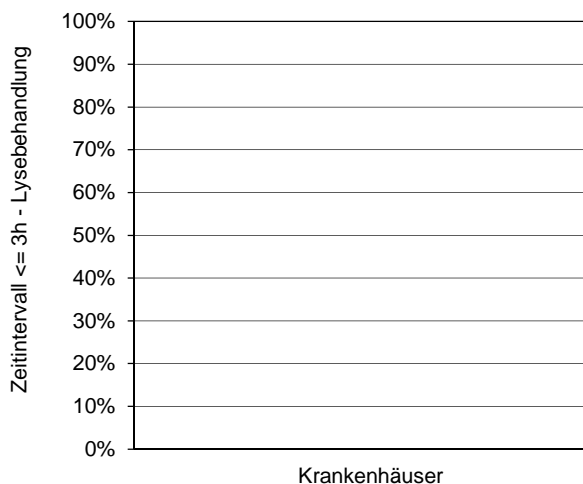
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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

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



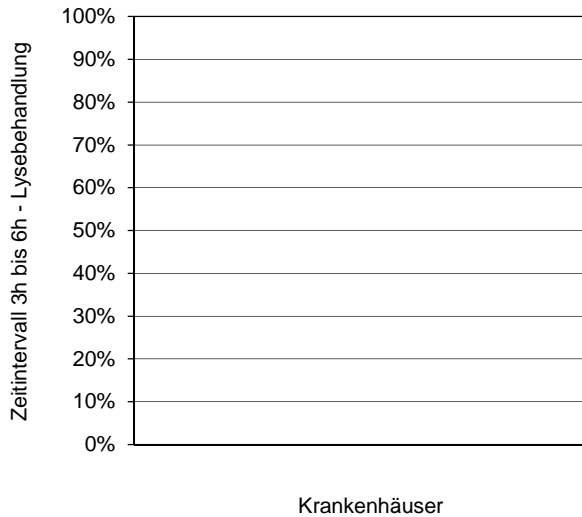
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83312]:  
Anteil von Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie an allen Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 bis 6 Stunden und NIHSS >=4 und <=25 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)**

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

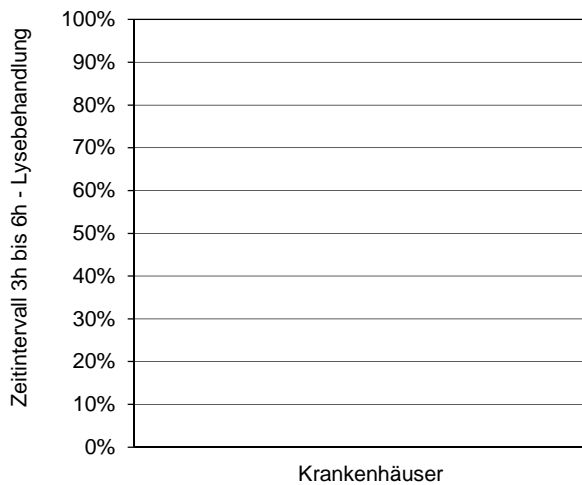
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**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
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

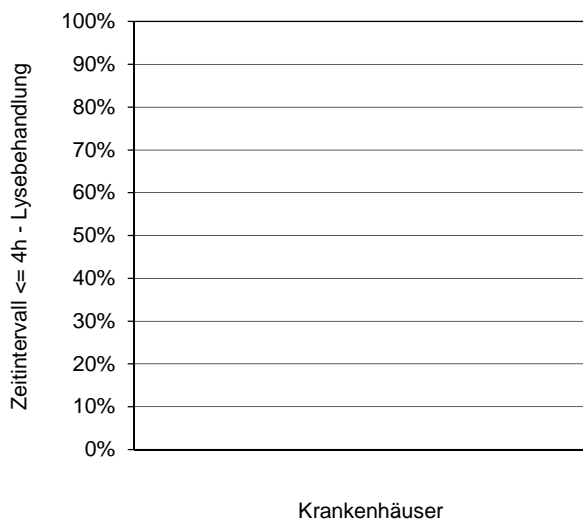
14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9c, Indikator-ID 2018/apo\_hh/103506]:**

**Anteil von Patienten mit Thrombolysse und/oder Thrombektomie an allen Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme  $\leq 4$  Stunden und NIHSS  $\geq 4$  und  $\leq 25$  (Ausschluss: Patienten  $< 18$  Jahre)**

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

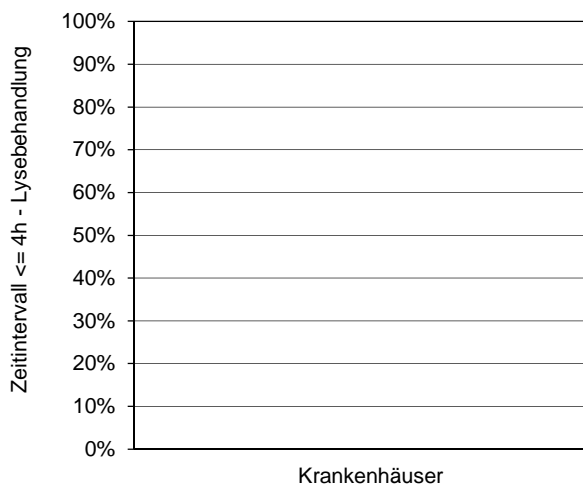
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**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
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

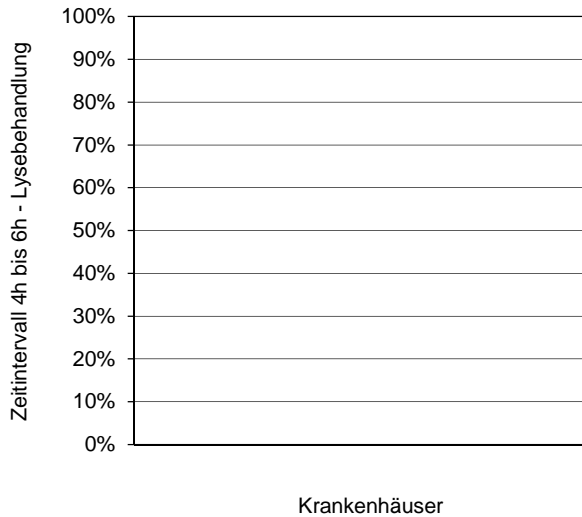


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9d, Indikator-ID 2018/apo\_hh/103507]:**

**Anteil von Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie an allen Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 4 bis 6 Stunden und NIHSS >=4 und <=25 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)**

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

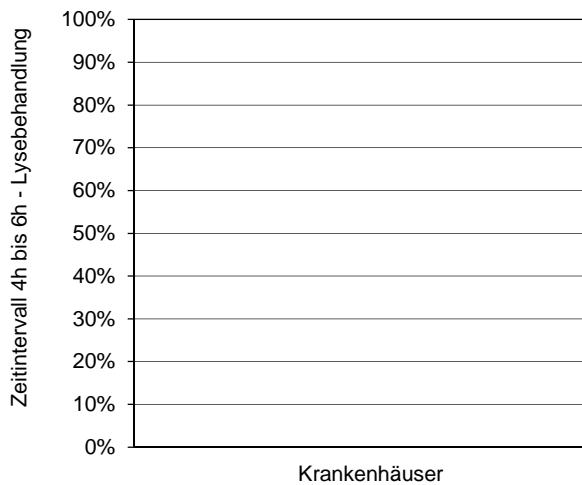
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**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
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

14 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: 2018/apo_hh/103508 Gruppe 2: 2018/apo_hh/103509
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1: >= 35,0% Gruppe 2: >= 80,0%

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			89 / 170	52,4%
Vertrauensbereich				44,6% - 60,1%
Referenzbereich		>= 35,0%		>= 35,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			148 / 170	87,1%
Vertrauensbereich				81,0% - 91,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten	-	-	-	-
Vertrauensbereich				
Gruppe 2 <= 60 Minuten	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

<sup>1</sup> Aufgrund von Änderungen in den Spezifikationen sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

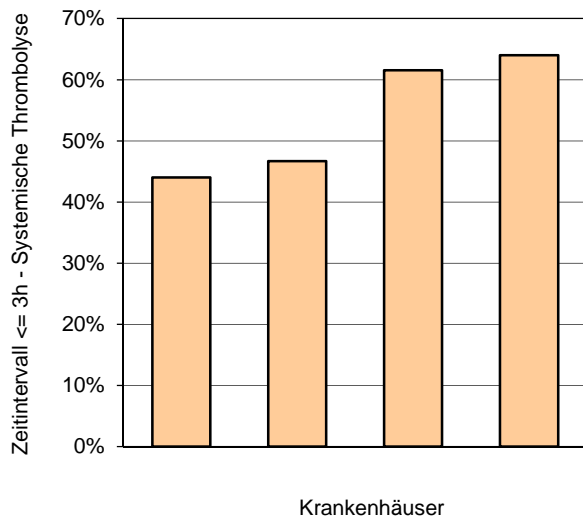
	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			59 / 170 34,7%	59 / 170 34,7%
> 1 - 2 Stunden			13 / 170 7,6%	13 / 170 7,6%
> 2 - 3 Stunden			3 / 170 1,8%	3 / 170 1,8%
> 3 - 4 Stunden			0 / 170 0,0%	0 / 170 0,0%
> 4 - 6 Stunden			0 / 170 0,0%	0 / 170 0,0%
> 6 Stunden			6 / 170 3,5%	6 / 170 3,5%
keine Lyse durchgeführt			0 / 170 0,0%	0 / 170 0,0%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2018/apo\_hh/103508]:**

**Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme - Beginn systemische Thrombolysse  $\leq$  30 Minuten an allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolysse intern durchgeführt wurde**

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

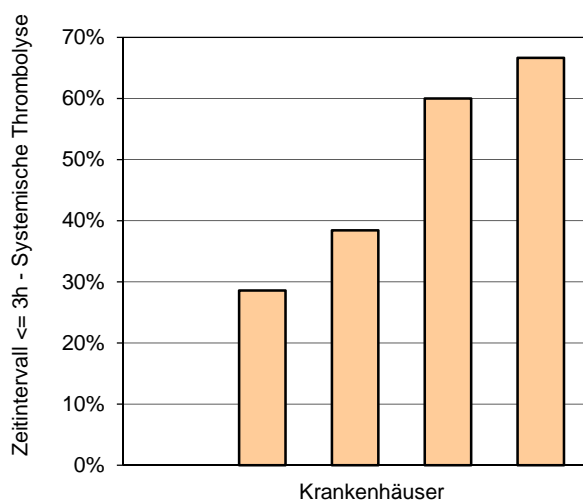
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,0	44,0	44,0	45,3	54,1	62,8	64,0	64,0	64,0

**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	28,6	38,5	60,0	66,7	66,7	66,7

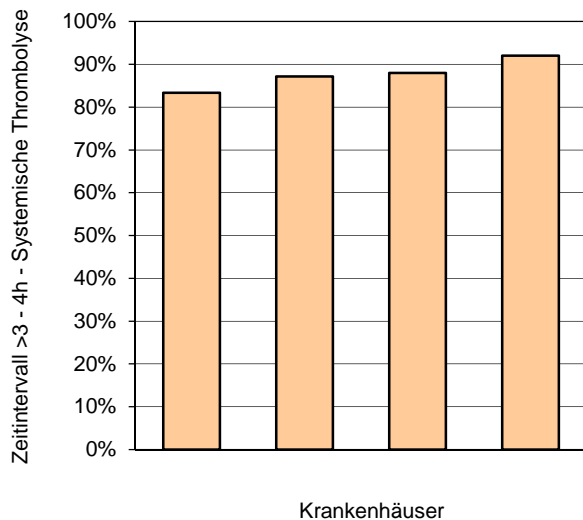
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2018/apo\_hh/103509]:**

**Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme - Beginn systemische Thrombolyse <= 60 Minuten an allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde**

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

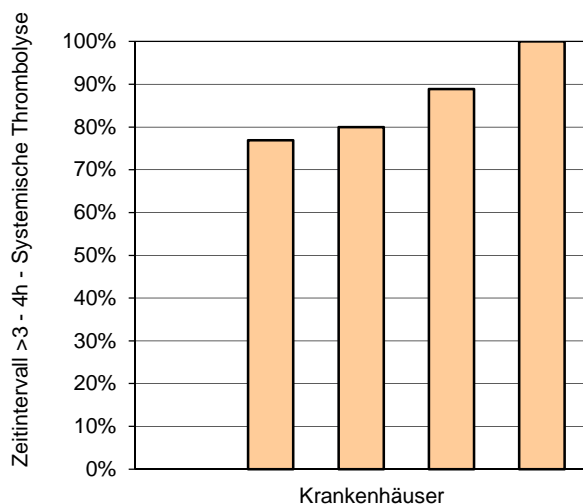
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,3	83,3	83,3	85,3	87,6	90,0	92,0	92,0	92,0

**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	76,9	80,0	88,9	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/151296

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

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			6 / 62	9,7%
Vertrauensbereich				3,6% - 20,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

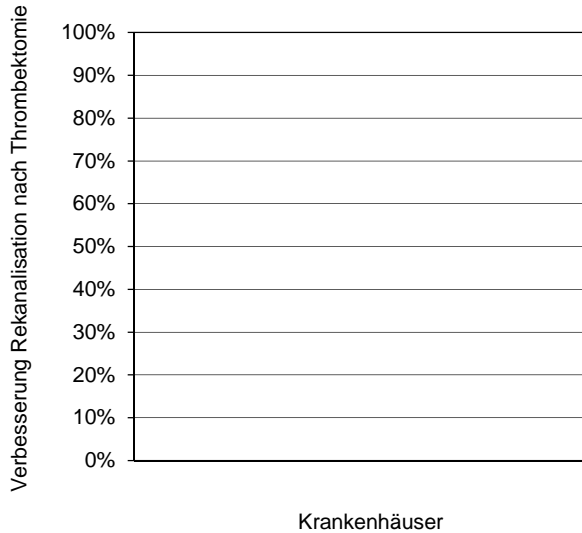
<sup>1</sup> Aufgrund neuer Datenfelder in der Spezifikation 2018 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2018/apo\_hh/151296]:**

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

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

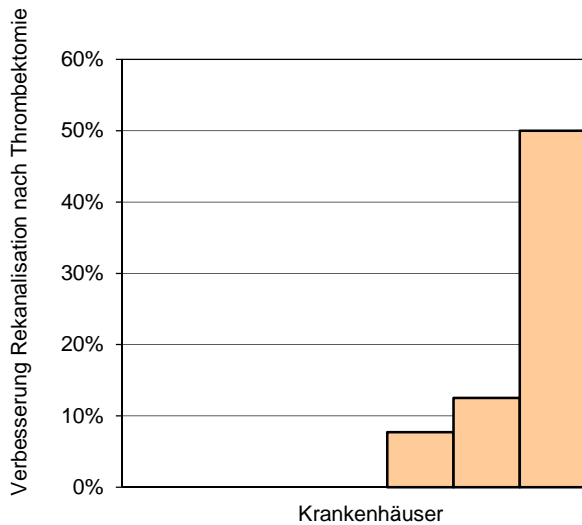
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**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	12,5	50,0	50,0	50,0

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/151297

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

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 nach Thrombektomie Vertrauensbereich Referenzbereich		 nicht definiert	22 / 62	35,5% 23,7% - 48,7% nicht definiert
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 nach Thrombektomie Vertrauensbereich			35 / 110	31,8% 23,2% - 41,4%

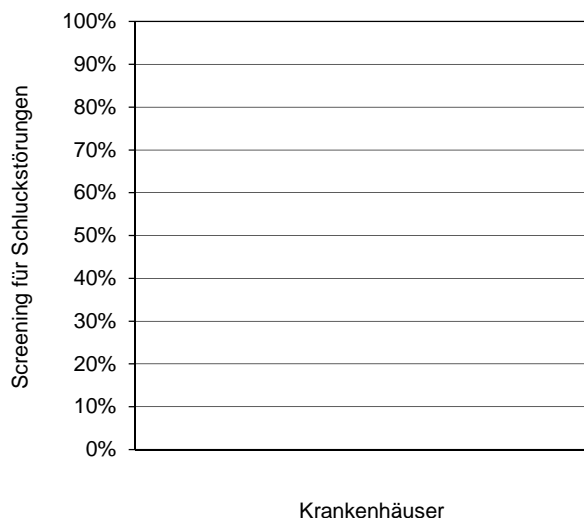


**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2018/apo\_hh/151297]:**

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

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

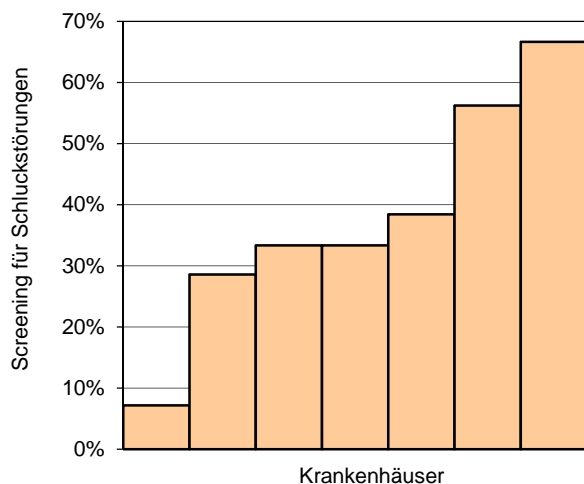
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**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
	7,1	7,1	7,1	28,6	33,3	56,3	66,7	66,7	66,7

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

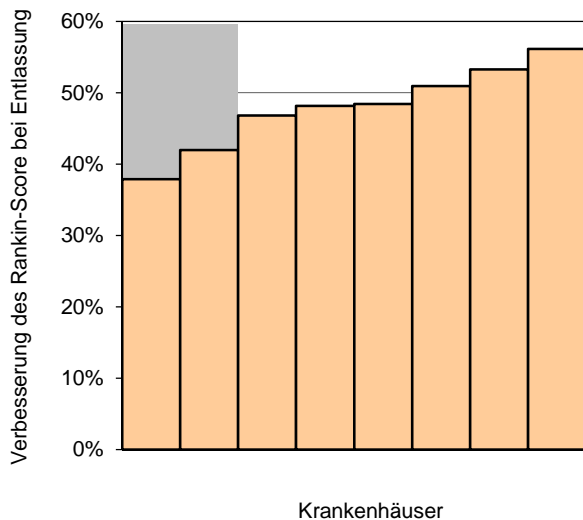
**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/83372  
**Referenzbereich:** >= 45,0%

	Krankenhaus 2018 I. Quartal	Gesamt 2018 I. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		739 / 1.569	 47,1%
Vertrauensbereich			44,6% - 49,6%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 I. Quartal	Gesamt 2017 I. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.145 / 2.322	 49,3%
Vertrauensbereich			47,3% - 51,4%

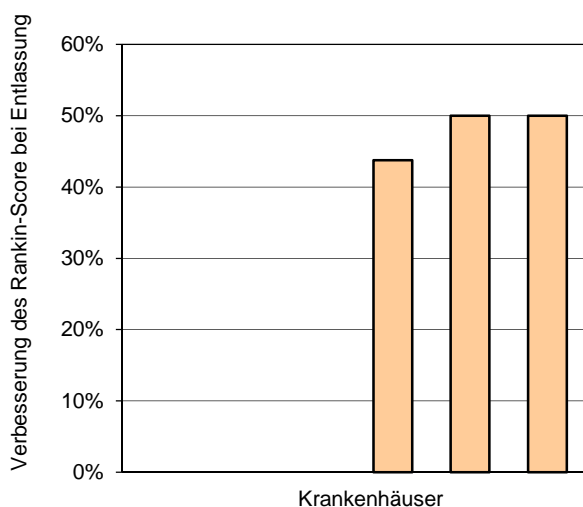
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

**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
	37,9	37,9	37,9	44,4	48,3	52,1	56,2	56,2	56,2

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	21,9	50,0	50,0	50,0	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhaus 2018 I. Quartal**

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

**Gesamt 2018 I. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	253 16,1%	191 12,2%	92 5,9%	41 2,6%	24 1,5%	9 0,6%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	12 0,8%	93 5,9%	129 8,2%	50 3,2%	9 0,6%	5 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,3%	16 1,0%	111 7,1%	74 4,7%	32 2,0%	5 0,3%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	4 0,3%	11 0,7%	53 3,4%	45 2,9%	14 0,9%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	3 0,2%	1 0,1%	9 0,6%	63 4,0%	19 1,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	3 0,2%	8 0,5%	77 4,9%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

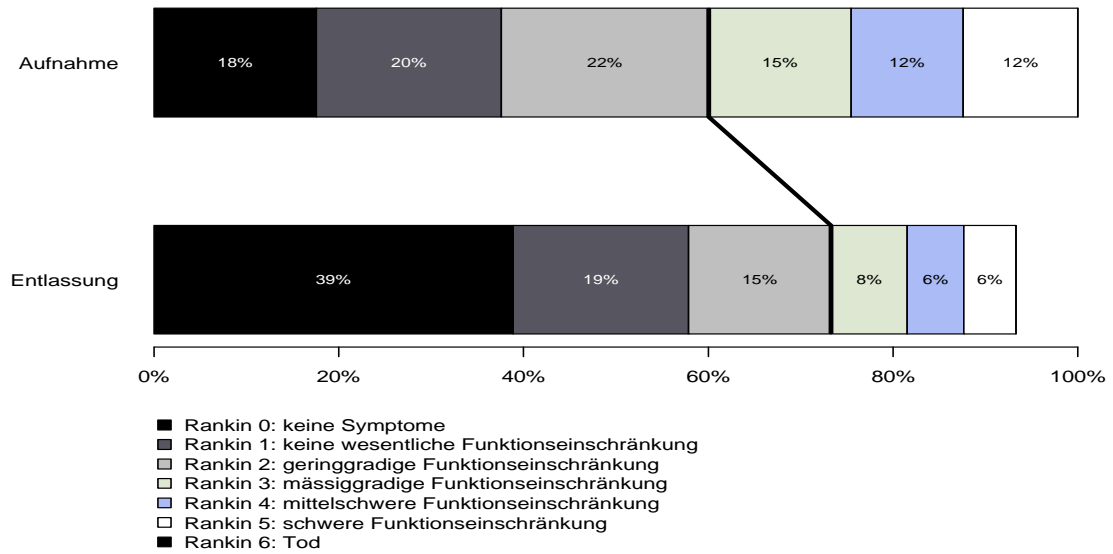
**Vorjahresdaten  
Krankenhaus 2017 I. Quartal**

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

**Vorjahresdaten**  
**Gesamt 2017 I. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	380 16,4%	229 9,9%	128 5,5%	60 2,6%	15 0,6%	7 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	24 1,0%	139 6,0%	192 8,3%	84 3,6%	22 0,9%	8 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	7 0,3%	21 0,9%	134 5,8%	155 6,7%	48 2,1%	13 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	6 0,3%	12 0,5%	102 4,4%	91 3,9%	25 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	7 0,3%	17 0,7%	57 2,5%	68 2,9%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	2 0,1%	6 0,3%	16 0,7%	119 5,1%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

### 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<sup>1</sup>

<b>Qualitätsziel:</b>	Minimierung des Zeitintervalls zwischen Symptombeginn und Aufnahme (event-to-door-time; ETDT) im Krankenhaus bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall oder TIA
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten
<b>Indikator-ID:</b>	2018/apo_hh/83295
<b>Referenzbereich:</b>	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden	-	-	-	-
> 2 - <= 3 Stunden	-	-	-	-
> 3 - <= 6 Stunden	-	-	-	-
> 6 - <= 24 Stunden	-	-	-	-
> 24 - <= 48 Stunden	-	-	-	-
> 48 Stunden	-	-	-	-
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden	-	-	-	-
Vertrauensbereich				
Referenzbereich				

Vorjahresdaten <sup>2</sup>	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

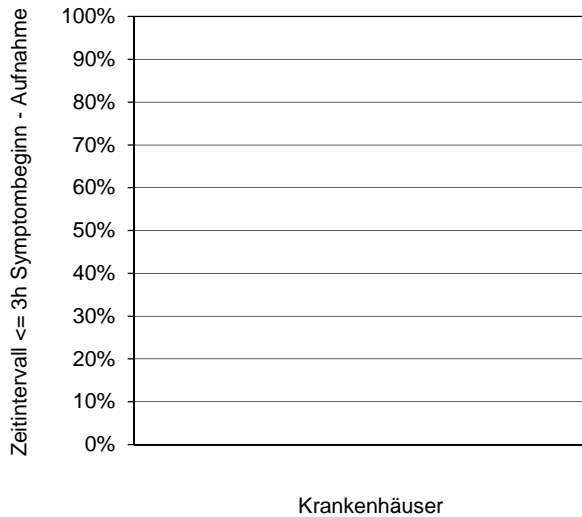
<sup>1</sup> Eine Berechnung dieser Kennzahl ist nicht möglich, da die notwendigen Daten für das Intervall Symptombeginn - Aufnahme nicht exportiert wurden.

<sup>2</sup> Aufgrund geänderter Spezifikation sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm KennZ\_1, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83295]:  
Anteil von Patienten mit ETDT <= 3 Stunden an allen Patienten**

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

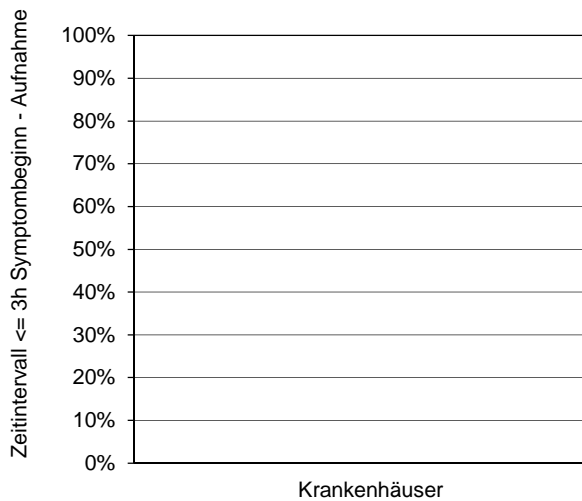
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**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
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme, bei denen eine Leistenpunktion durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre und mit TIA)

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/151304

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

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			1 / 61	1,6%
> 30 - <= 60 Minuten			4 / 61	6,6%
> 60 - <= 90 Minuten			19 / 61	31,1%
> 90 - <= 120 Minuten			17 / 61	27,9%
> 120 - <= 180 Minuten			11 / 61	18,0%
> 180 Minuten			9 / 61	14,8%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			5 / 61	8,2%
Vertrauensbereich				2,6% - 18,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

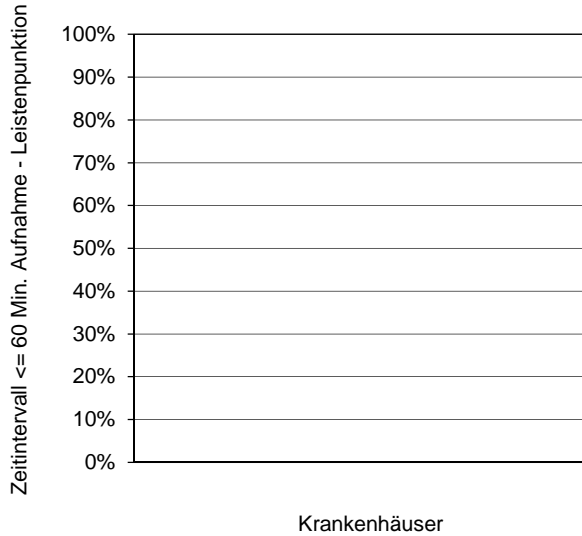
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			38 / 108	35,2%
Vertrauensbereich				26,2% - 45,0%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm KennZ\_2, Indikator-ID 2018/apo\_hh/151304]:**

**Anteil an Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten an allen Patienten die eine Thrombektomie erhalten haben**

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

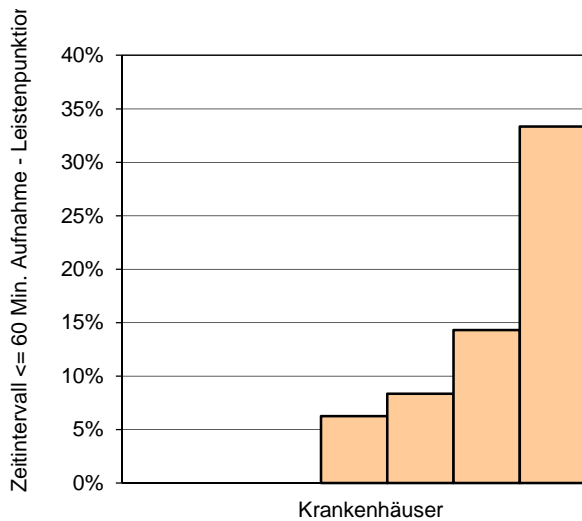
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**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	6,3	14,3	33,3	33,3	33,3

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst kurze Verweildauer im Krankenhaus bis zur Verlegung zur Thrombektomie in ein anderes Krankenhaus
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre, mit TIA sowie mit Bewusstseinsstörungen und Entlassungsgrund ist Tod)
<b>Indikator-ID:</b>	2018/apo_hh/151311
<b>Referenzbereich:</b>	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung				
0 - <= 2 Stunden			1 / 7	14,3%
> 2 - <= 3 Stunden			0 / 7	0,0%
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 7	0,0%
> 6 - <= 24 Stunden			0 / 7	0,0%
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 7	0,0%
> 48 Stunden			0 / 7	0,0%
Alle Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden			1 / 7	14,3%
Vertrauensbereich				0,3% - 57,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

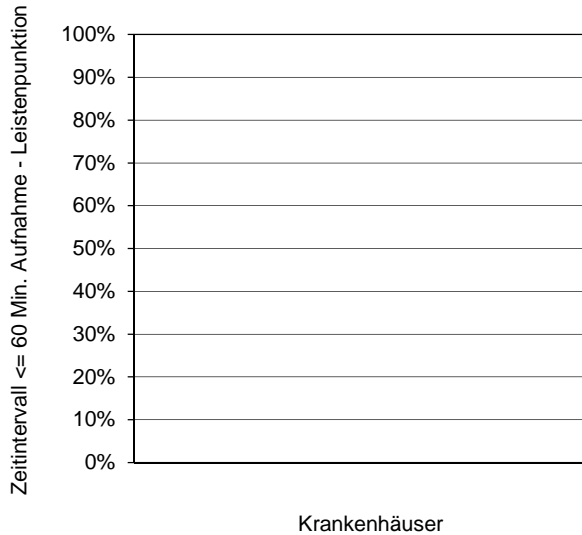
Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm KennZ\_3, Indikator-ID 2018/apo\_hh/151311]:  
Anteil an Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden an allen Patienten**

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

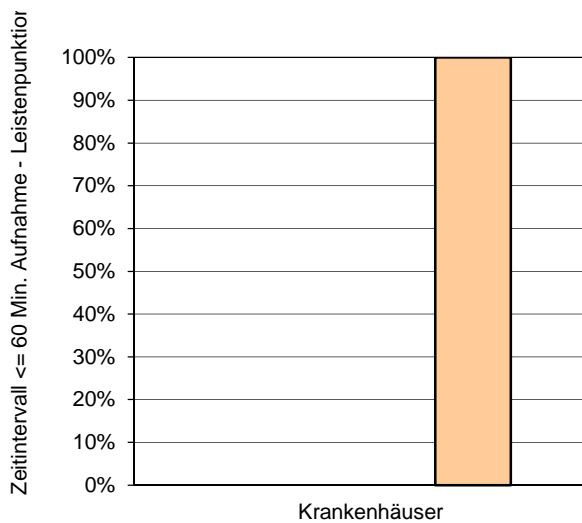
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**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

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Basisdaten

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			2.002	100,0	2.855	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			2.002		2.855	

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

### Patienten

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.562		2.272	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median		<i>Jahre</i>	<i>77,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			806	51,6	1.139	50,1
weiblich			756	48,4	1.133	49,9

## Aufnahme

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Erstversorgung</b>						
ja			1.559 / 1.569	99,4	2.260 / 2.322	97,3
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			7 / 1.569	0,4	50 / 2.322	2,2
ja, aber Patient wurde zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			3 / 1.569	0,2	12 / 2.322	0,5
nein, keine stationäre Aufnahme			0 / 1.569	0,0	0 / 2.322	0,0
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			1.199	76,4	1.832	78,9
Sonnabend oder Sonntag			370	23,6	490	21,1
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
<b>Sprechstörung</b>						
ja			556	35,4	718	30,9
nein			967	61,6	1.521	65,5
nicht bestimmbar			46	2,9	83	3,6
<b>Sprachstörung</b>						
ja			347	22,1	529	22,8
nein			1.186	75,6	1.734	74,7
nicht bestimmbar			36	2,3	59	2,5
<b>Motorische Ausfälle</b>						
ja			696	44,4	1.041	44,8
nein			855	54,5	1.254	54,0
nicht bestimmbar			18	1,1	27	1,2
<b>Schluckstörung</b>						
ja			177	11,3	386	16,6
nein			1.270	80,9	1.762	75,9
nicht bestimmbar			122	7,8	174	7,5
<b>Bewusstseinsstörung</b>						
ja			146	9,3	2.001	86,2
nein			1.418	90,4	319	13,7
nicht bestimmbar			5	0,3	2	0,1



**Aufnahme (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt <sup>1</sup>						
ja			871	55,5	-	-
nein			698	44,5	-	-
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme<sup>2</sup></b>						
<= 1 Stunde	-	-	-	-	-	-
> 1 - <= 2 Stunden	-	-	-	-	-	-
> 2 - <= 3 Stunden	-	-	-	-	-	-
> 3 - <= 3,5 Stunden	-	-	-	-	-	-
> 3,5 - <= 4 Stunden	-	-	-	-	-	-
> 4 - <= 6 Stunden	-	-	-	-	-	-
> 6 - <= 24 Stunden	-	-	-	-	-	-
> 24 - <= 48 Stunden	-	-	-	-	-	-
> 48 Stunden	-	-	-	-	-	-
wake up stroke <sup>3</sup>						
ja			205	29,4	-	-
nein			493	70,6	-	-

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2018

<sup>2</sup> Eine Berechnung dieser Kennzahlen ist nicht möglich, da die Daten für das Intervall Symptombeginn - Aufnahme nicht exportiert wurden.

<sup>3</sup> Aufgrund der Änderung der Spezifikation für 2018 ist eine Vergleichbarkeit zu den Werten der Auswertung 2017 nicht gegeben.

## Diagnostik

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diagnostik bei Aufnahme</b>						
<b>Bildgebung durchgeführt</b>						
keine Bildgebung erfolgt			12	0,8	14	0,6
1. Bildgebung extern			33	2,1	172	7,4
1. Bildgebung intern			1.524	97,1	2.136	92,0
wenn 1. Bildgebung intern,						
<b>Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus</b>						
CCT			937	61,5	1.410	66,0
CCT mit CTA			528	34,6	590	27,6
MRT			29	1,9	71	3,3
MRT mit MRA			30	2,0	60	2,8
<b>Gefäßverschluss<sup>1</sup></b>						
ja			191	12,2	-	-
nein			1.378	87,8	-	-
wenn Gefäßverschluss = ja,						
<b>Art des Gefäßverschlusses<sup>1</sup></b>						
Carotis T			21	11,0	-	-
M1			48	25,1	-	-
M2			37	19,4	-	-
Basilaris			10	5,2	-	-
Sonstige			75	39,3	-	-
<b>Dauer der Symptome</b>						
nicht bestimmbar da Verlegung			14	0,9	27	1,2
<= 24 Stunden			589	37,5	901	38,8
> 24 Stunden			966	61,6	1.394	60,0
<b>Weiterführende Diagnostik</b>						
<b>Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße</b>						
extrakraniell			1.489	94,9	2.192	94,4
Intrakraniell			1.465	93,4	2.148	92,5
<b>Schlucktest nach Protokoll durchgeführt</b>						
ja			1.157	73,7	1.941	83,6
nein			387	24,7	347	14,9
nicht durchführbar			25	1,6	34	1,5
<b>Vorhofflimmern</b>						
			508	32,4	612	26,4
<b>Komplikationen - Pneumonie</b>						
nein			1.438		2.130	
ja			131		192	

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2018

### Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis</b>						
nein			1.519	96,8	2.236	96,3
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			9	0,6	35	1,5
Stenting im Verlauf			24	1,5	26	1,1
TEA			17	1,1	25	1,1
Erfolgreiche Rekanalisation <sup>1</sup>						
TICI = IIb/III						
ja			42	2,7	-	-
nein			176	11,2	-	-

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2018

### Diagnose(n) ICD-10-GM 2018<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.019	64,9	1.469	63,3
TIA			428	27,3	681	29,3
ICB			122	7,8	172	7,4
unklar			0	0,0	0	0,0

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

### Rankin Skala

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme</b>						
Rankin 0			276	17,6	416	17,9
Rankin 1			314	20,0	401	17,3
Rankin 2			352	22,4	477	20,5
Rankin 3			242	15,4	431	18,6
Rankin 4			190	12,1	268	11,5
Rankin 5			195	12,4	329	14,2
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			610	38,9	819	35,3
Rankin 1			298	19,0	469	20,2
Rankin 2			242	15,4	378	16,3
Rankin 3			129	8,2	238	10,2
Rankin 4			96	6,1	152	6,5
Rankin 5			89	5,7	145	6,2

## Rehabilitation

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn Physiotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.126	71,8	1.867	80,4
> Tag 2 nach Aufnahme			28	1,8	47	2,0
keine			415	26,4	408	17,6
<b>Beginn Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			989	63,0	1.675	72,1
> Tag 2 nach Aufnahme			27	1,7	44	1,9
keine			553	35,2	603	26,0

## Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulantien</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			561	35,8	672	28,9
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b>			1.054	67,2	1.688	72,7
<b>Antihypertensiva</b>			1.285	81,9	1.883	81,1
<b>Antidiabetika</b>			260	16,6	425	18,3
<b>Statine</b>			1.310	83,5	1.834	79,0

## Entlassung

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsart</b>						
nach Hause			969	61,8	1.362	58,7
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			306	19,5	499	21,5
andere Abteilung			75	4,8	98	4,2
externe Akut-Klinik			30	1,9	51	2,2
Pflegeeinrichtung			108	6,9	190	8,2
verstorben			81	5,2	122	5,3
<b>wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik</b>						
zur Thrombektomie			4	13,3	11	21,6
zur Desobliteration der A. carotis			4	13,3	5	9,8
zur Hemikraniektomie			0	0,0	2	3,9
aus anderen Gründen			22	73,3	33	64,7
<b>wenn verstorben</b>						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			70	86,4	93	76,2
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			1.569	100,0	2.322	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>8,4 Tage</i>		<i>8,9 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>6,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	

## Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse/ Thrombektomie</b>						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.360	86,7	2.007	86,4
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			11	0,7	17	0,7
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			136	8,7	188	8,1
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			4	0,3	17	0,7
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			34	2,2	58	2,5
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			24	1,5	35	1,5
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			99	6,3	112	4,8
> 30 - <= 60 Minuten			64	4,1	95	4,1
> 1 - <= 2 Stunden			13	0,8	28	1,2
> 2 - <=3 Stunden			3	0,2	3	0,1
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	4	0,2
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	1	0,0
> 6 Stunden			6	0,4	37	1,6
keine Lyse durchgeführt			1.360	86,7	2.007	86,4
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			631	40,2	740	31,9
> 30 - <= 60 Minuten			219	14,0	348	15,0
> 1 - <= 3 Stunden			348	22,2	600	25,8
> 3 - <= 6 Stunden			172	11,0	253	10,9
> 6 Stunden			154	9,8	270	11,6
1. Bildgebung vor Aufnahme			33	2,1	172	7,4
keine Bildgebung erfolgt			12	0,8	14	0,6
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b>						
<= 2 (leicht)			872	55,6	1.248	53,7
3 - 8 (mittel)			441	28,1	665	28,6
9 - 20 (schwerwiegend)			188	12,0	300	12,9
> 20 (sehr schwerwiegend)			54	3,4	87	3,7
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

### Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal		Gesamt 2017 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			1.310	83,5	1.834	79,0
Antihypertensiva			1.285	81,9	1.883	81,1
Antidiabetika			260	16,6	425	18,3
keine Angabe			0	0,0	0	0,0
<b>Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses</b>						
unabhängig zu Hause			1.301	82,9	1.880	81,0
Pflege zu Hause			118	7,5	228	9,8
Pflege in Institution			150	9,6	214	9,2
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 2018.

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 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 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 2017 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 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.

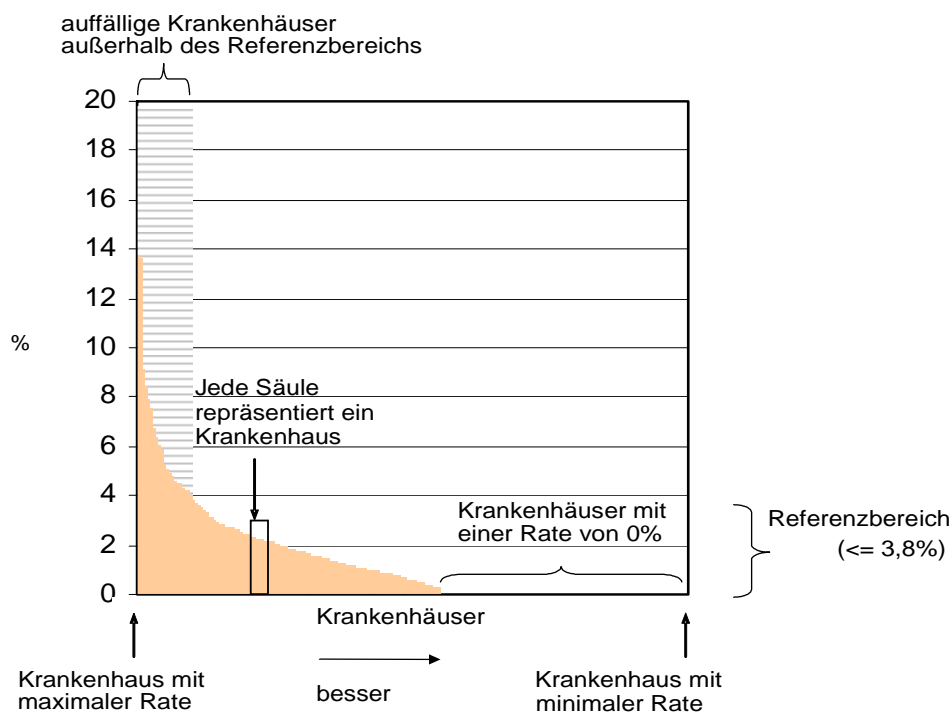
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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 Düsseldorf  
Kanzlerstr. 4  
D-40472 Düsseldorf

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