

# Jahresauswertung 2018 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 17  
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.200  
Datensatzversion: apo\_hh 2018 2.1  
Datenbankstand: 04. Februar 2019  
2018 - D17614-L112032-P53466

**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. - IV. 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. - IV. 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			94,3%	>= 80,0%	7
2018/apo_hh/83285					
<b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			94,0%	>= 80,0%	9
2018/apo_hh/83287					
<b>QI 3: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			96,6%	>= 90,0%	11
2018/apo_hh/83288					
<b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			95,9%	>= 75,0%	13
2018/apo_hh/83292					
<b>QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA</b>			98,9%	>= 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			2,7%	<= 4,0%	17
2018/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			17,8%	<= 25,0%	17
2018/apo_hh/83294 <b>QI 7: Screening für Schluckstörungen</b>			87,7%	>= 80,0%	22
<b>QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden</b>					
2018/apo_hh/103490			72,6%	>= 65,0%	24
2018/apo_hh/83311 <b>QI 9: Thrombolyserate<sup>1</sup></b>			63,4%	nicht definiert	27

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time</b>					
2018/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			51,5%	>= 35,0%	29
2018/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			85,5%	>= 80,0%	29
2018/apo_hh/151296					
<b>QI 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie</b>					
			18,6%	>= 60,0%	33
2018/apo_hh/151297					
<b>QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie</b>					
			27,6%	nicht definiert	35
2018/apo_hh/83372					
<b>QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>					
			48,3%	>= 45,0%	37

## Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/apo_hh/83295 <b>Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			31,2%	-	44
2018/apo_hh/151304 <b>Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time</b>			17,3%	-	45
2018/apo_hh/151311 <b>Kennzahl 3: Door-to-door-time</b> Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)			150,0 Min.	-	46
2018/apo_hh/154383 <b>Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik</b>			1,0%	-	47
2018/apo_hh/154384 <b>Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt</b>			23,0%	-	48

### Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

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

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.182 / 2.315	94,3% 93,2% - 95,2% >= 80,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			2.284 / 2.467	92,6% 91,5% - 93,6%

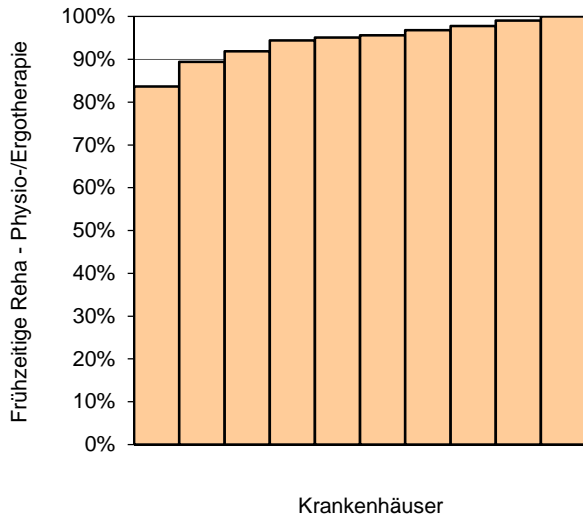
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

**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 mit Diagnose TIA und Entlassungsgrund Tod)**

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

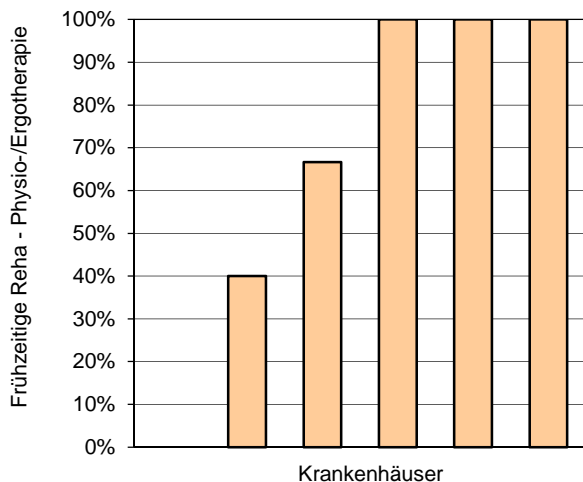
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,6	83,6	86,5	91,9	95,4	97,8	99,5	100,0	100,0

**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	40,0	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat 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)

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/83285

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			2.563 / 2.726	94,0% 93,1% - 94,9% >= 80,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			1.743 / 1.922	90,7% 89,3% - 91,9%

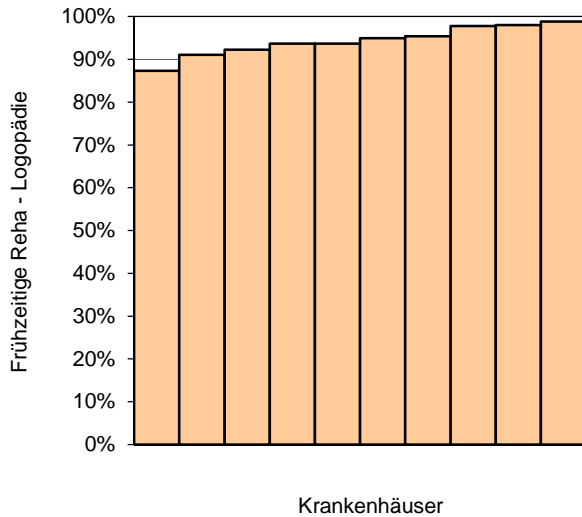
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [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 mit Diagnose TIA, Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)**

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

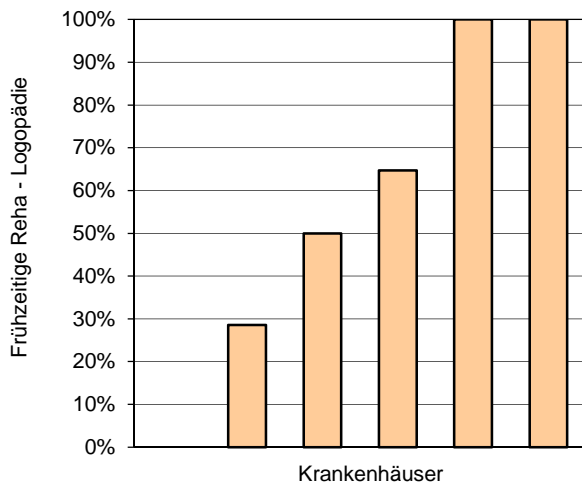
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,3	87,3	89,2	92,3	94,3	97,8	98,4	98,8	98,8

**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	28,6	57,4	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat 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:** 2018/apo\_hh/83287

**Referenzbereich:**  $\geq 90,0\%$

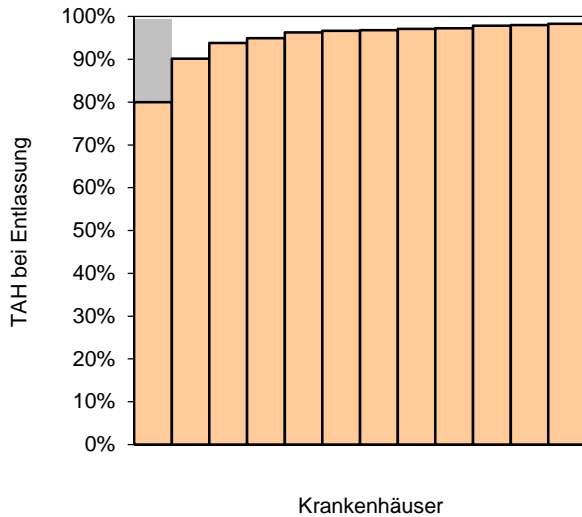
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			4.771 / 4.937	96,6%
Vertrauensbereich				96,1% - 97,1%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.197 / 5.429	95,7%
Vertrauensbereich				95,2% - 96,2%

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

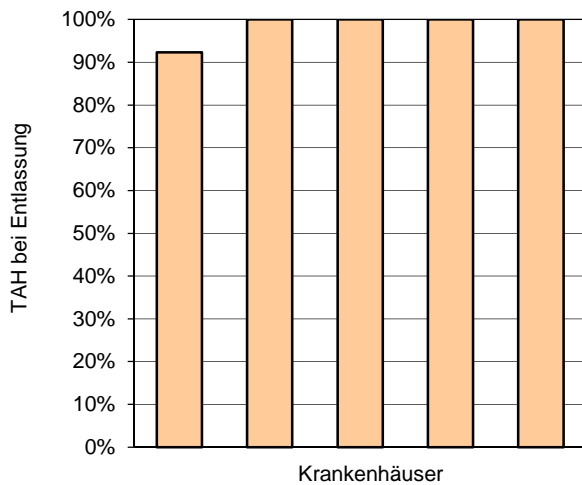
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83287]:  
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt  
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0	80,0	90,2	94,4	96,7	97,6	98,0	98,3	98,3

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



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

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

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.875 / 1.956	95,9%
Vertrauensbereich				94,9% - 96,7%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

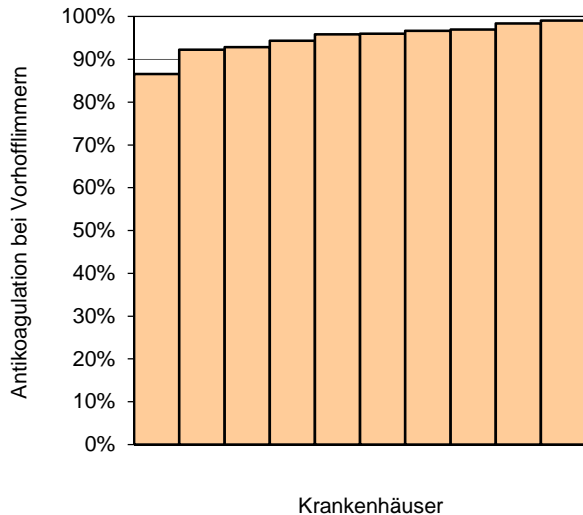
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.281 / 1.422	90,1%
Vertrauensbereich				88,4% - 91,6%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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 bei Entlassung)**

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

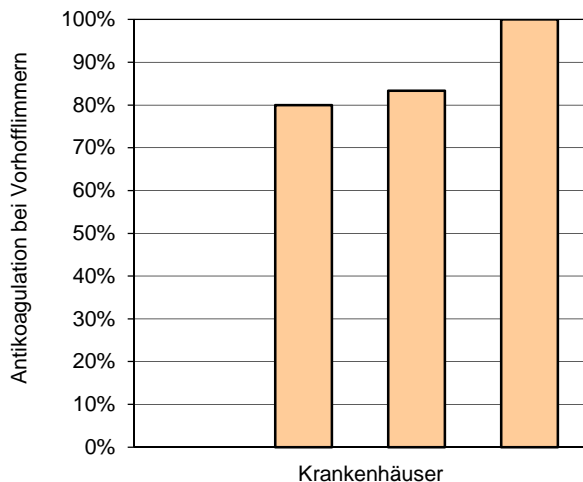
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,6	86,6	89,4	92,9	95,9	97,0	98,7	99,0	99,0

**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	40,0	81,7	91,7	100,0	100,0	100,0

3 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

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

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			8.154 / 8.246	98,9% 98,6% - 99,1% >= 90,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	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			8.237 / 8.368	98,4% 98,1% - 98,7%

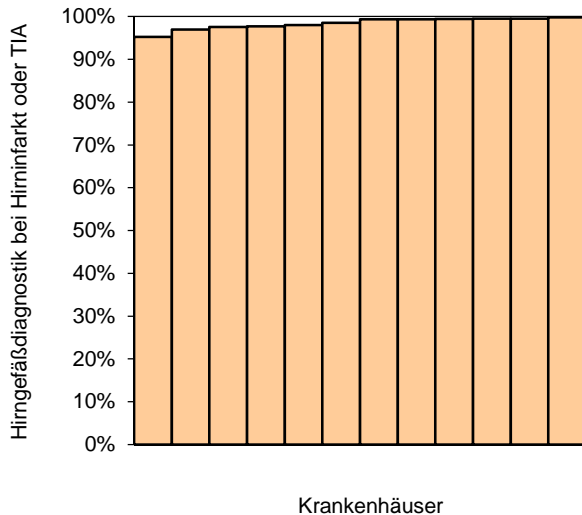
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [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**

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

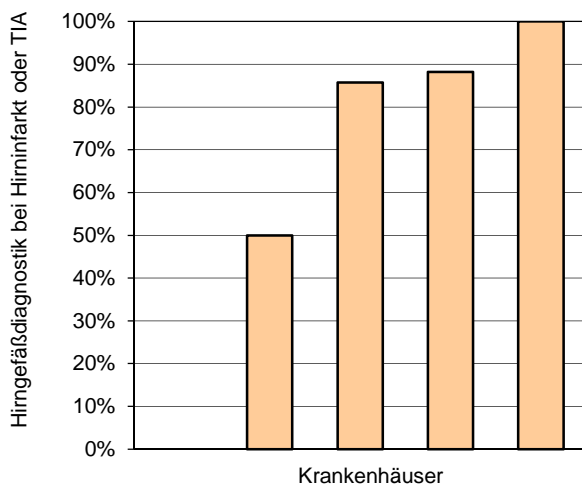
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,2	95,2	97,0	97,7	98,9	99,5	99,5	99,8	99,8

**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	50,0	85,7	88,2	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		
	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%

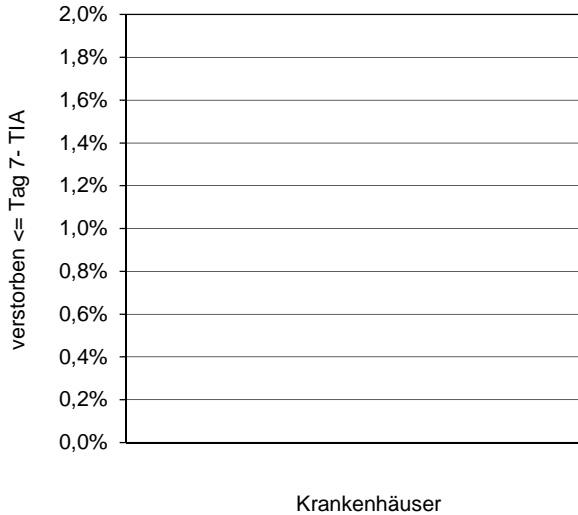
	Gesamt 2018		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 2.504 0,0%	153 / 5.742 2,7%	104 / 583 17,8%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,1%	2,3% - 3,1%	14,8% - 21,2%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		
	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		
	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	2 / 2.584 0,1% 0,0% - 0,3%	192 / 5.784 3,3% 2,9% - 3,8%	122 / 662 18,4% 15,5% - 21,6%

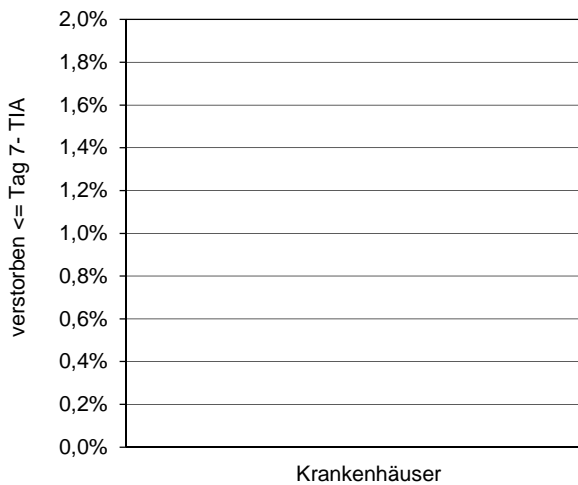
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83293]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

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



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

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

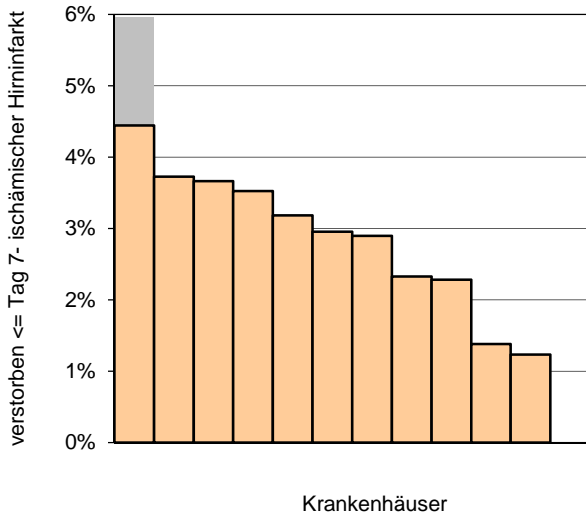


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

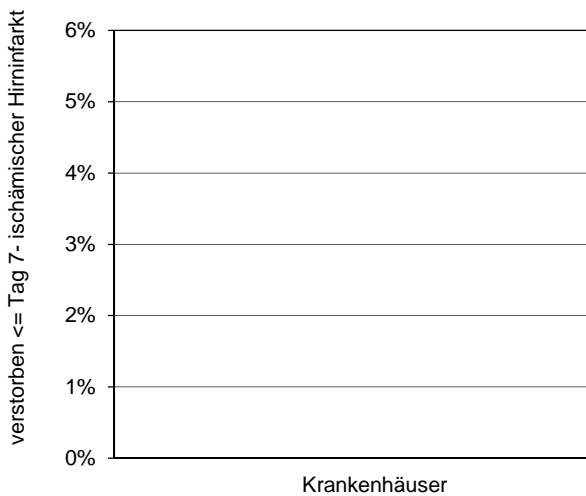
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83385]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit ischämischen Hirninfarkt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	1,2	1,8	2,9	3,6	3,7	4,4	4,4

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

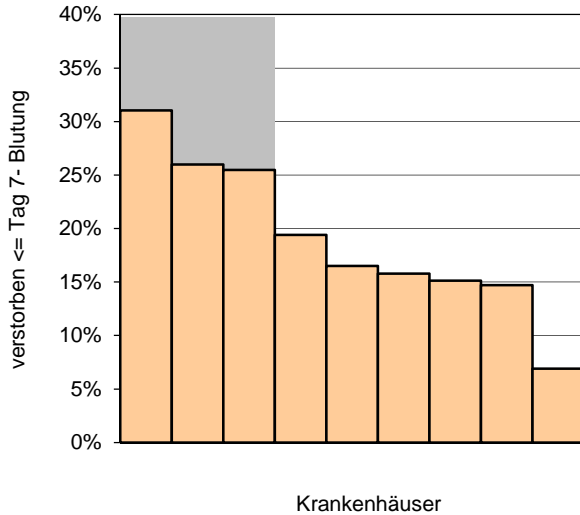


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

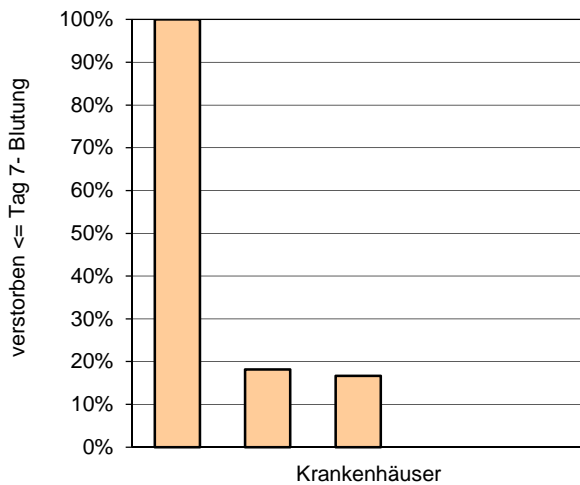
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83386]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,9	6,9	6,9	15,1	16,5	25,5	31,0	31,0	31,0

**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	16,7	18,2	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

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

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

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

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.709 / 5.370	87,7%
Vertrauensbereich				86,8% - 88,6%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			3.059 / 3.675	83,2%
Vertrauensbereich				82,0% - 84,4%

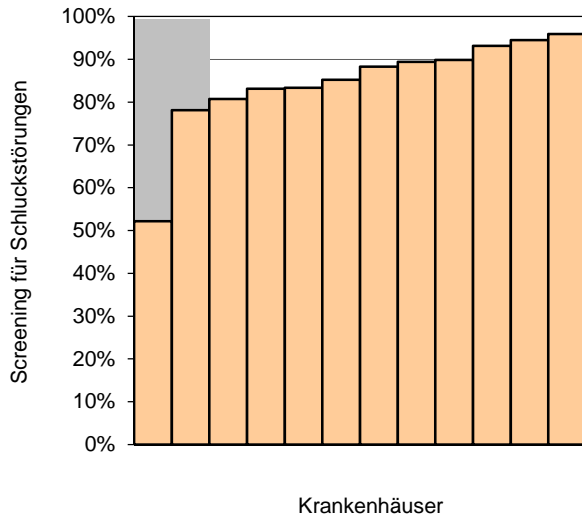
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/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:**

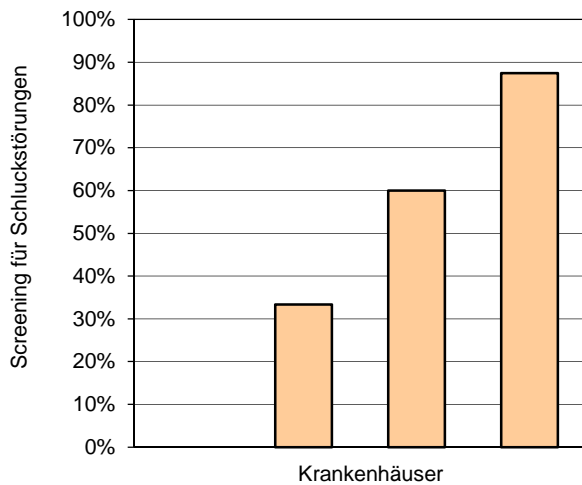
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,2	52,2	78,1	82,0	86,7	91,5	94,5	95,9	95,9

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	16,7	46,7	73,8	87,5	87,5	87,5

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/103490

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			1.368 / 1.885	72,6%
Vertrauensbereich				70,5% - 74,6%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

<sup>1</sup> Aufgrund von Änderungen in der Spezifikation sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.



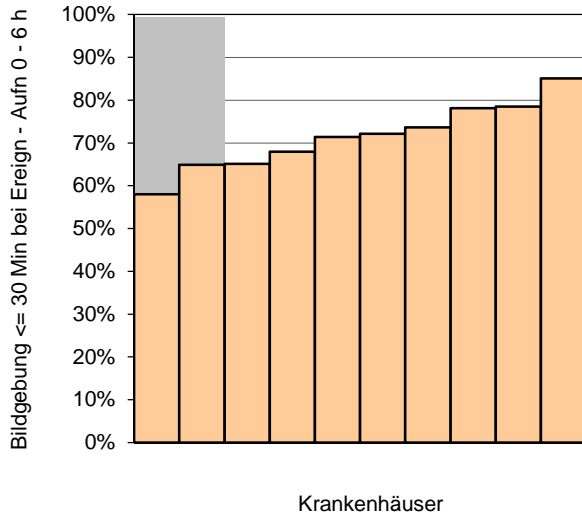
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			212 / 1.885	11,2%
> 1 bis 3 Stunden			159 / 1.885	8,4%
> 3 bis 6 Stunden			56 / 1.885	3,0%
> 6 Stunden			60 / 1.885	3,2%
1. Bildgebung vor Aufnahme			27 / 1.885	1,4%
keine Bildgebung erfolgt			3 / 1.885	0,2%

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

**Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis <= 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA )**

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

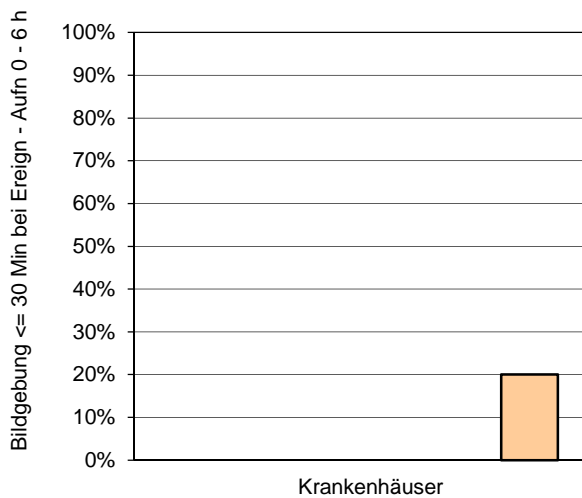
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,0	58,0	61,5	65,1	71,8	78,1	81,8	85,1	85,1

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	20,0	20,0	20,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 9: Thrombolyserate

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

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

**Indikator-ID:** 2018/apo\_hh/83311

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018 <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			586 / 924	63,4%
Vertrauensbereich				60,2% - 66,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten <sup>2</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017 <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

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

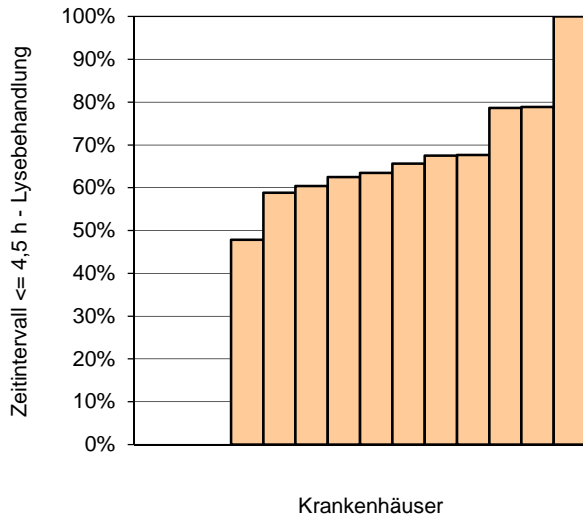
<sup>2</sup> Aufgrund der geänderten Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9\_KH, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83311]:**

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

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

14 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	47,8	63,0	67,7	78,9	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2018/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2018/apo_hh/103509
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 35,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			522 / 1.014	51,5%
Vertrauensbereich				48,4% - 54,6%
Referenzbereich		>= 35,0%		>= 35,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			867 / 1.014	85,5%
Vertrauensbereich				83,2% - 87,6%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			471 / 972	48,5%
Vertrauensbereich				45,3% - 51,7%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			825 / 972	84,9%
Vertrauensbereich				82,5% - 87,1%

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

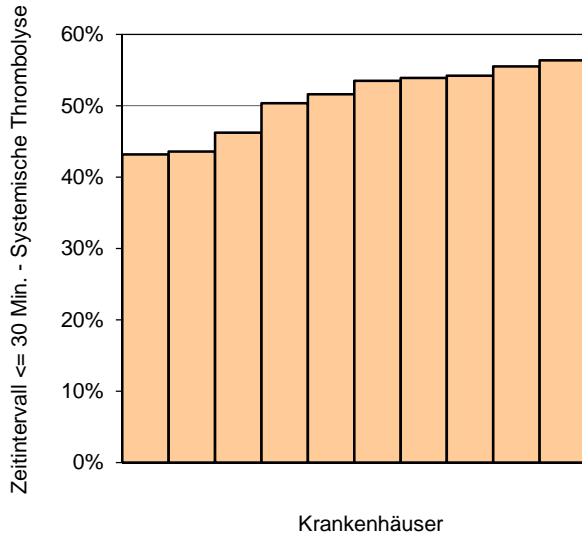
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			345 / 1.014	34,0%
> 1 - 2 Stunden			97 / 1.014	9,6%
> 2 - 3 Stunden			18 / 1.014	1,8%
> 3 - 4 Stunden			3 / 1.014	0,3%
> 4 - 6 Stunden			4 / 1.014	0,4%
> 6 Stunden			25 / 1.014	2,5%
keine Lyse durchgeführt			0 / 1.014	0,0%

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

**Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis Beginn systemische Thrombolyse <= 30 Minuten an allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde**

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

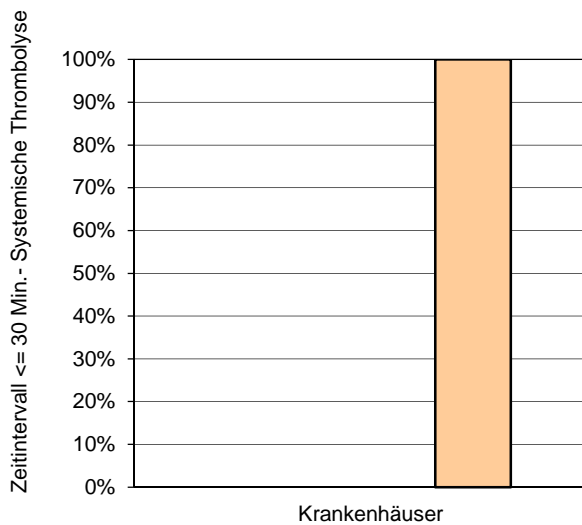
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	43,2	43,2	43,4	46,2	52,6	54,2	56,0	56,4	56,4

**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

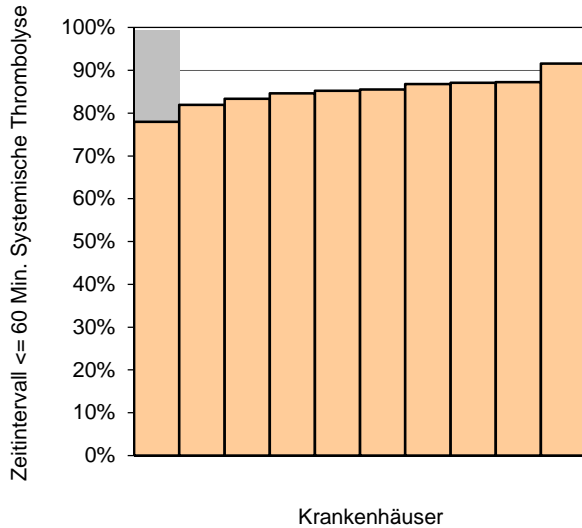
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

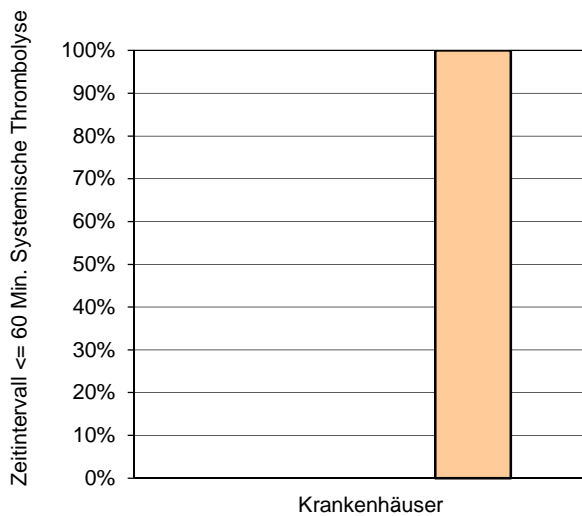
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,0	78,0	80,0	83,3	85,4	87,1	89,4	91,5	91,5

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

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

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

**Referenzbereich:** >= 60,0%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			72 / 388	18,6%
Vertrauensbereich				14,8% - 22,8%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%

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

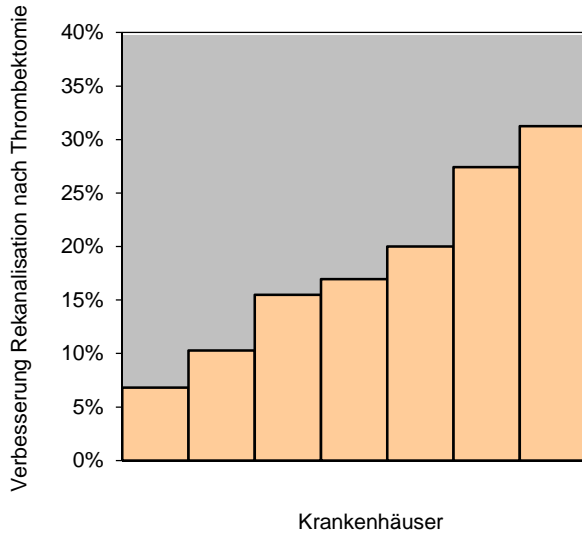
<sup>1</sup> Aufgrund neuer Datenfelder in der Spezifikation 2018 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

**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:**

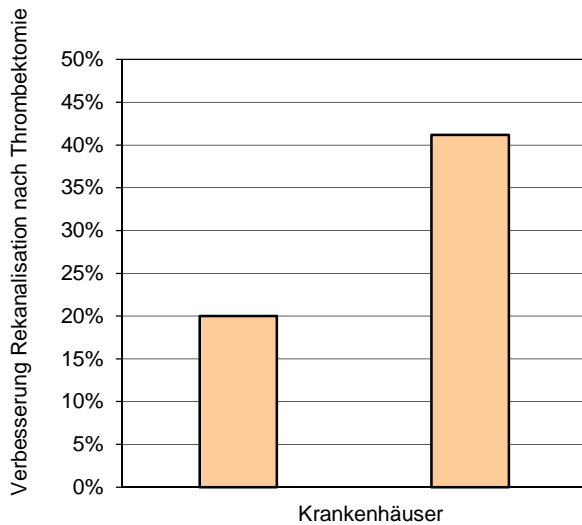
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,8	6,8	6,8	10,3	16,9	27,4	31,3	31,3	31,3

**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
	20,0	20,0	20,0	20,0	30,6	41,2	41,2	41,2	41,2

8 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		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			107 / 388	27,6%
Vertrauensbereich				23,2% - 32,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

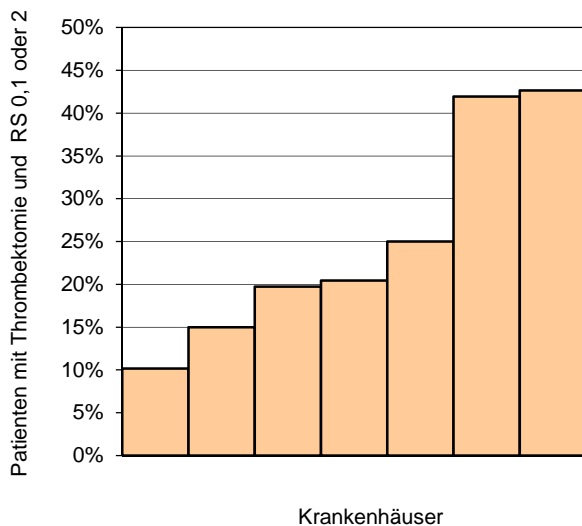
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			137 / 416	32,9%
Vertrauensbereich				28,4% - 37,7%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2018/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:**

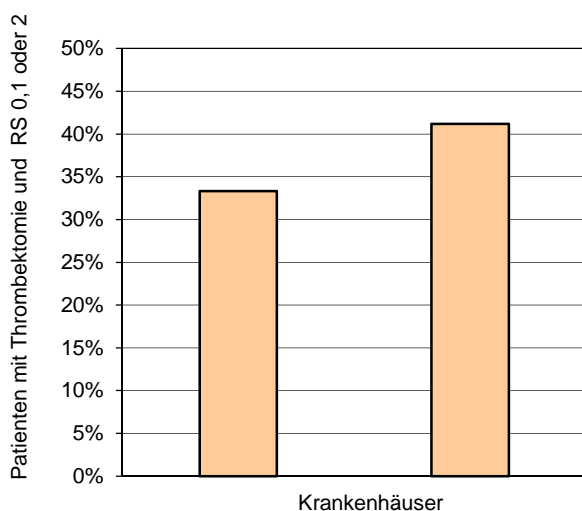
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,2	10,2	10,2	15,0	20,5	41,9	42,6	42,6	42,6

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

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	33,3	37,3	41,2	41,2	41,2	41,2

8 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

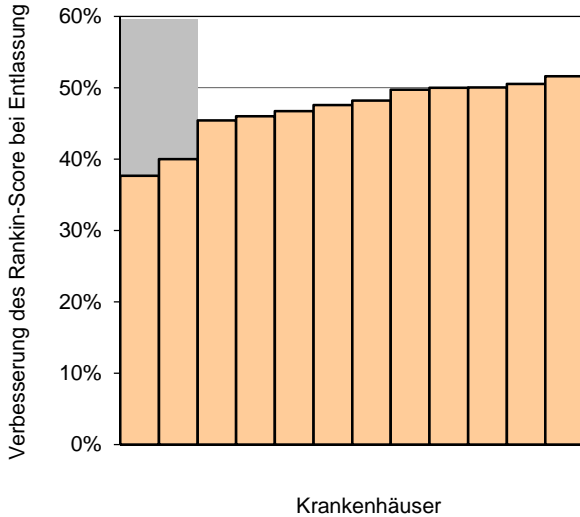
**Referenzbereich:**  $\geq 45,0\%$

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.267 / 8.829	 48,3%
Vertrauensbereich			47,3% - 49,4%
Referenzbereich	$\geq 45,0\%$		$\geq 45,0\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.443 / 9.030	 49,2%
Vertrauensbereich			48,2% - 50,2%

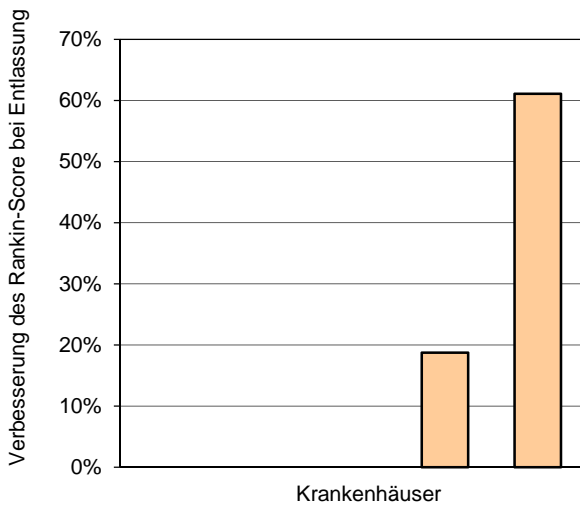
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2018/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,7	37,7	40,0	45,7	47,9	50,0	50,6	51,6	51,6

**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	18,8	61,1	61,1	61,1

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhaus 2018**

	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**

	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	1.565 17,7%	1.006 11,4%	525 5,9%	248 2,8%	93 1,1%	41 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	70 0,8%	498 5,6%	662 7,5%	276 3,1%	79 0,9%	32 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	15 0,2%	63 0,7%	570 6,5%	517 5,9%	189 2,1%	40 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	8 0,1%	14 0,2%	57 0,6%	353 4,0%	273 3,1%	80 0,9%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	6 0,1%	4 0,0%	25 0,3%	43 0,5%	257 2,9%	206 2,3%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	9 0,1%	21 0,2%	60 0,7%	391 4,4%
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>						



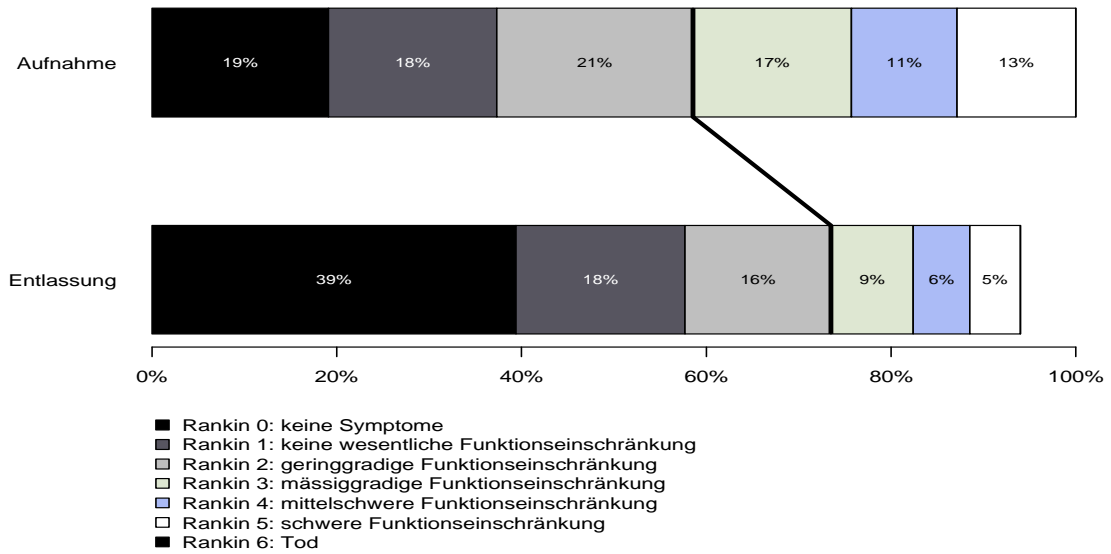
**Vorjahresdaten  
Krankenhaus 2017**

	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**

	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	1.433 15,9%	971 10,8%	544 6,0%	226 2,5%	72 0,8%	43 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	75 0,8%	545 6,0%	674 7,5%	303 3,4%	115 1,3%	50 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	27 0,3%	71 0,8%	546 6,0%	551 6,1%	187 2,1%	67 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	6 0,1%	15 0,2%	55 0,6%	358 4,0%	302 3,3%	105 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,0%	10 0,1%	29 0,3%	57 0,6%	288 3,2%	233 2,6%
5 schwere Funktionseinschränkung	3 0,0%	3 0,0%	14 0,2%	29 0,3%	51 0,6%	507 5,6%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
<b>Rankin bei Entlassung</b>						

### 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:** 2018/apo\_hh/83295

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			9 / 8.829	0,1%
> 2 - <= 3 Stunden			466 / 8.829	5,3%
> 3 - <= 6 Stunden			527 / 8.829	6,0%
> 6 - <= 24 Stunden			691 / 8.829	7,8%
> 24 - <= 48 Stunden			256 / 8.829	2,9%
> 48 Stunden			368 / 8.829	4,2%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			2.752 / 8.829	31,2%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden	-	-	-	-

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Spezifikation sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			14 / 388	3,6%
> 30 - <= 60 Minuten			53 / 388	13,7%
> 60 - <= 90 Minuten			114 / 388	29,4%
> 90 - <= 120 Minuten			90 / 388	23,2%
> 120 - <= 180 Minuten			67 / 388	17,3%
> 180 Minuten			50 / 388	12,9%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			67 / 388	17,3%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			137 / 416	32,9%

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

### 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:** 2018/apo\_hh/151311

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			35 / 8.829	0,4%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			12 / 35	34,3%
> 2 - <= 3 Stunden			8 / 35	22,9%
> 3 - <= 6 Stunden			5 / 35	14,3%
> 6 - <= 24 Stunden			9 / 35	25,7%
> 24 - <= 48 Stunden			1 / 35	2,9%
> 48 Stunden			0 / 35	0,0%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				150,0 Min.

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>		-		-

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

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

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

**Kennzahl-ID:** 2018/apo\_hh/154383

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			10 / 976	1,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden	-	-	-	-

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

<sup>2</sup> Aufgrund eines neuen Datenfeldes in der Spezifikation 2018 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

**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:** 2018/apo\_hh/154384

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			224 / 976	23,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt	-	-	-	-

<sup>1</sup> Aufgrund eines neuen Datenfeldes in der Spezifikation 2018 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.



## Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			3.126	27,9	2.855	26,0
2. Quartal			2.558	22,8	2.707	24,7
3. Quartal			2.853	25,5	2.789	25,4
4. Quartal			2.663	23,8	2.623	23,9
Gesamt			11.200		10.974	

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

## Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			8.811		8.708	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median		<i>Jahre</i>	<i>77,0 Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			4.553	51,7	4.432	50,9
weiblich			4.258	48,3	4.276	49,1

## Aufnahme

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Erstversorgung</b>						
ja			8.776 / 8.829	99,4	8.645 / 9.030	95,7
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			18 / 8.829	0,2	322 / 9.030	3,6
ja, aber Patient wurde zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			35 / 8.829	0,4	63 / 9.030	0,7
nein, keine stationäre Aufnahme			0 / 8.829	0,0	0 / 9.030	0,0
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			6.739	76,3	7.016	77,7
Sonnabend oder Sonntag			2.090	23,7	2.014	22,3
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
<b>Sprechstörung</b>						
ja			2.888	32,7	2.996	33,2
nein			5.692	64,5	5.724	63,4
nicht bestimmbar			249	2,8	310	3,4
<b>Sprachstörung</b>						
ja			1.991	22,6	2.129	23,6
nein			6.618	75,0	6.670	73,9
nicht bestimmbar			220	2,5	231	2,6
<b>Motorische Ausfälle</b>						
ja			4.009	45,4	4.046	44,8
nein			4.717	53,4	4.877	54,0
nicht bestimmbar			103	1,2	107	1,2
<b>Schluckstörung</b>						
ja			1.062	12,0	1.412	15,6
nein			7.141	80,9	7.006	77,6
nicht bestimmbar			626	7,1	612	6,8
<b>Bewusstseinsstörung</b>						
ja			840	9,5	3.525	39,0
nein			7.952	90,1	5.478	60,7
nicht bestimmbar			37	0,4	27	0,3

**Aufnahme (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt <sup>1</sup>						
ja			4.969	56,3	-	-
nein			3.860	43,7	-	-
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme<sup>2</sup></b>						
<= 1 Stunde			1.318	26,5	-	-
> 1 - <= 2 Stunden			968	19,5	-	-
> 2 - <= 3 Stunden			466	9,4	-	-
> 3 - <= 3,5 Stunden			130	2,6	-	-
> 3,5 - <= 4 Stunden			118	2,4	-	-
> 4 - <= 6 Stunden			279	5,6	-	-
> 6 - <= 24 Stunden			691	13,9	-	-
> 24 - <= 48 Stunden			256	5,2	-	-
> 48 Stunden			368	7,4	-	-
wake up stroke <sup>2</sup>						
ja			1.135	29,4	-	-
nein			2.723	70,5	-	-

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

<sup>2</sup> Aufgrund der Änderung der Spezifikation für 2018 ist eine Vergleichbarkeit zu den Werten der Auswertung 2017 nicht gegeben.

## Diagnostik

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diagnostik bei Aufnahme</b>						
<b>Bildgebung durchgeführt</b>						
keine Bildgebung erfolgt			58	0,7	55	0,6
1. Bildgebung extern			283	3,2	639	7,1
1. Bildgebung intern			8.488	96,1	8.336	92,3
wenn 1. Bildgebung intern, <b>Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus</b>						
CCT			4.936	58,2	5.347	64,1
CCT mit CTA			3.194	37,6	2.524	30,3
MRT			171	2,0	235	2,8
MRT mit MRA			187	2,2	222	2,7
<b>Gefäßverschluss<sup>1</sup></b>						
ja			1.097	12,4	-	-
nein			7.732	87,6	-	-
wenn Gefäßverschluss = ja, <b>Art des Gefäßverschlusses<sup>1</sup></b>						
Carotis T			134	12,2	-	-
M1			305	27,8	-	-
M2			206	18,8	-	-
Basilaris			51	4,6	-	-
Sonstige			401	36,6	-	-
<b>Dauer der Symptome</b>						
nicht bestimmbar da Verlegung			80	0,9	133	1,5
<= 24 Stunden			3.656	41,4	3.559	39,4
> 24 Stunden			5.093	57,7	5.338	59,1
<b>Weiterführende Diagnostik</b>						
<b>Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße</b>						
extrakraniell			8.451	95,7	8.477	93,9
Intrakraniell			8.357	94,7	8.374	92,7
<b>Schlucktest nach Protokoll durchgeführt</b>						
ja			7.247	82,1	7.313	81,0
nein			1.479	16,8	1.589	17,6
nicht durchführbar			103	1,2	128	1,4
<b>Vorhofflimmern</b>						
			3.062	34,7	2.404	26,6
<b>Komplikationen - Pneumonie</b>						
nein			8.194		8.349	
ja			635		681	

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

**Diagnostik (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis</b>						
nein			8.567	97,0	8.717	96,5
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			85	1,0	126	1,4
Stenting im Verlauf			83	0,9	102	1,1
TEA			94	1,1	85	0,9
Erfolgreiche Rekanalisation <sup>1</sup>						
TICI = IIb/III						
ja			235	2,7	-	-
nein			481	5,4	-	-

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

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.742	65,0	5.784	64,1
TIA			2.504	28,4	2.584	28,6
ICB			583	6,6	662	7,3
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		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme</b>						
Rankin 0			1.687	19,1	1.549	17,2
Rankin 1			1.608	18,2	1.624	18,0
Rankin 2			1.874	21,2	1.876	20,8
Rankin 3			1.516	17,2	1.553	17,2
Rankin 4			1.009	11,4	1.074	11,9
Rankin 5			1.135	12,9	1.354	15,0
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			3.478	39,4	3.289	36,4
Rankin 1			1.617	18,3	1.762	19,5
Rankin 2			1.394	15,8	1.449	16,0
Rankin 3			785	8,9	841	9,3
Rankin 4			541	6,1	619	6,9
Rankin 5			483	5,5	607	6,7

## Rehabilitation

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn Physiotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.957	78,8	6.911	76,5
> Tag 2 nach Aufnahme			171	1,9	206	2,3
keine			1.701	19,3	1.913	21,2
<b>Beginn Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.054	68,6	6.302	69,8
> Tag 2 nach Aufnahme			171	1,9	184	2,0
keine			2.604	29,5	2.544	28,2

## Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulantien</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			3.152	35,7	2.726	30,2
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b>			6.442	73,0	6.360	70,4
<b>Antihypertensiva</b>			7.160	81,1	7.290	80,7
<b>Antidiabetika</b>			1.504	17,0	1.624	18,0
<b>Statine</b>			7.225	81,8	7.134	79,0

## Entlassung

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsart</b>						
nach Hause			5.462	61,9	5.445	60,3
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			1.799	20,4	1.883	20,9
andere Abteilung			450	5,1	389	4,3
externe Akut-Klinik			155	1,8	221	2,4
Pflegeeinrichtung			568	6,4	628	7,0
verstorben			395	4,5	464	5,1
<b>wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik</b>						
zur Thrombektomie			33	21,3	47	21,3
zur Desobliteration der A. carotis			27	17,4	21	9,5
zur Hemikraniektomie			5	3,2	23	10,4
aus anderen Gründen			90	58,1	130	58,8
<b>wenn verstorben</b>						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			339	85,8	365	78,7
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt			56	14,2	99	21,3
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			8.829	100,0	9.030	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>8,3 Tage</i>		<i>8,5 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		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse/ Thrombektomie</b>						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			7.578	85,8	7.758	85,9
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			43	0,5	74	0,8
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			820	9,3	782	8,7
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			30	0,3	93	1,0
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			194	2,2	190	2,1
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			164	1,9	133	1,5
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			550	6,2	496	5,5
> 30 - <= 60 Minuten			360	4,1	367	4,1
> 1 - <= 2 Stunden			102	1,2	95	1,1
> 2 - <=3 Stunden			18	0,2	15	0,2
> 3 - <=4 Stunden			3	0,0	10	0,1
> 4 - <= 6 Stunden			4	0,0	6	0,1
> 6 Stunden			50	0,6	150	1,7
keine Lyse durchgeführt			7.578	85,8	7.758	85,9
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			3.655	41,4	3.226	35,7
> 30 - <= 60 Minuten			1.267	14,4	1.306	14,5
> 1 - <= 3 Stunden			2.105	23,8	2.280	25,2
> 3 - <= 6 Stunden			814	9,2	946	10,5
> 6 Stunden			636	7,2	895	9,9
1. Bildgebung vor Aufnahme			283	3,2	639	7,1
keine Bildgebung erfolgt			58	0,7	55	0,6
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b>						
<= 2 (leicht)			4.841	54,8	4.867	53,9
3 - 8 (mittel)			2.507	28,4	2.578	28,5
9 - 20 (schwerwiegend)			1.088	12,3	1.179	13,1
> 20 (sehr schwerwiegend)			310	3,5	327	3,6
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

### Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			7.225	81,8	7.134	79,0
Antihypertensiva			7.160	81,1	7.290	80,7
Antidiabetika			1.504	17,0	1.624	18,0
keine Angabe			0	0,0	0	0,0
<b>Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses</b>						
unabhängig zu Hause			7.317	82,9	7.446	82,5
Pflege zu Hause			677	7,7	801	8,9
Pflege in Institution			835	9,5	783	8,7
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 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.

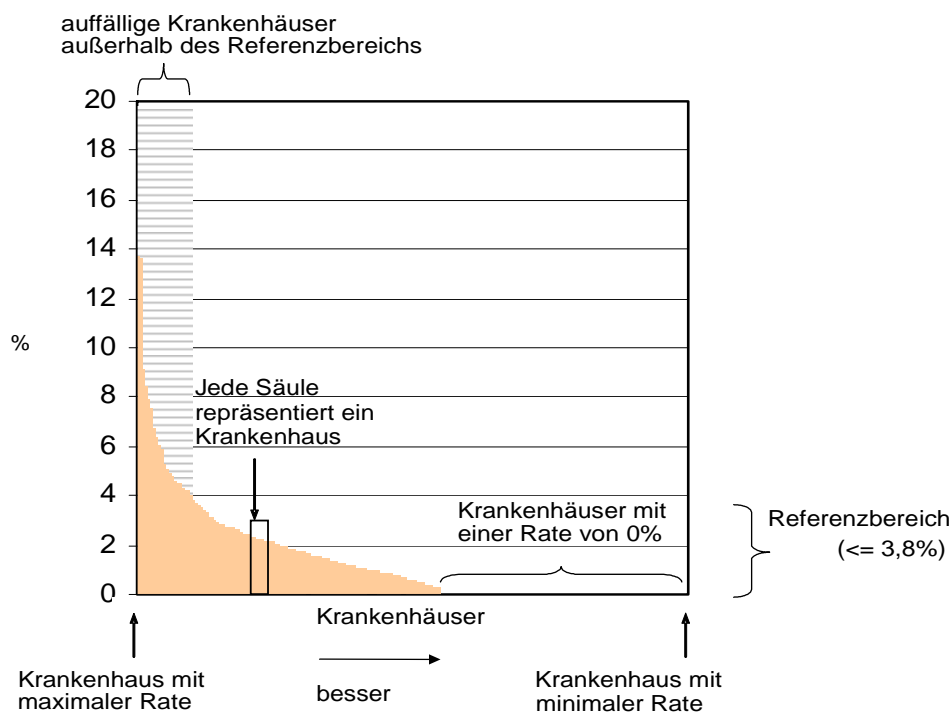
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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