

# Auswertung 3. Quartal 2019 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 10  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.313  
Datensatzversion: apo\_hh 2019 2.1  
Datenbankstand: 05. November 2019  
2019 - D18014-L114481-P54282

**BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH**

Standort Düsseldorf  
Vogelsanger Weg 80  
D-40470 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 2019 im III. 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 2018 im III. Quartal stationär aufgenommen wurden.

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/apo_hh/83284 <b>QI 1: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			89,1%	>= 80,0%	7
2019/apo_hh/83285 <b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			90,6%	>= 80,0%	9
2019/apo_hh/83287 <b>QI 3: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,0%	>= 90,0%	11
2019/apo_hh/83288 <b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			84,1%	>= 75,0%	13
2019/apo_hh/83292 <b>QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA</b>			98,4%	>= 90,0%	15

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 6: Krankenhaussterblichkeit</b>					
2019/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA				<= 0,5%	17
2019/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			66,7%	<= 4,0%	17
2019/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			66,7%	<= 25,0%	17
2019/apo_hh/83294 <b>QI 7: Screening für Schluckstörungen</b>			85,8%	>= 80,0%	22
<b>QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden</b>					
2019/apo_hh/103490			60,5%	>= 65,0%	24
2019/apo_hh/83311 <b>QI 9: Thrombolyserate<sup>1</sup></b>			67,5%	nicht definiert	27

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time</b>					
2019/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			45,6%	>= 35,0%	29
2019/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			84,2%	>= 80,0%	29
2019/apo_hh/151296					
<b>QI 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie</b>					
			88,0%	>= 60,0%	33
2019/apo_hh/151297					
<b>QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie</b>					
			37,3%	nicht definiert	35
2019/apo_hh/83372					
<b>QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>					
			50,4%	>= 45,0%	37

## Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/apo_hh/83295 <b>Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			27,0%	-	44
2019/apo_hh/151304 <b>Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time</b>			29,3%	-	45
2019/apo_hh/151311 <b>Kennzahl 3: Door-to-door-time</b> Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)				-	46
2019/apo_hh/154383 <b>Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik</b>			0,0%	-	47
2019/apo_hh/154384 <b>Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt</b>			32,6%	-	48

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

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

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

**Indikator-ID:** 2019/apo\_hh/83284

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			246 / 276	89,1%
Vertrauensbereich				84,8% - 92,6%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			590 / 618	95,5%
Vertrauensbereich				93,5% - 97,0%

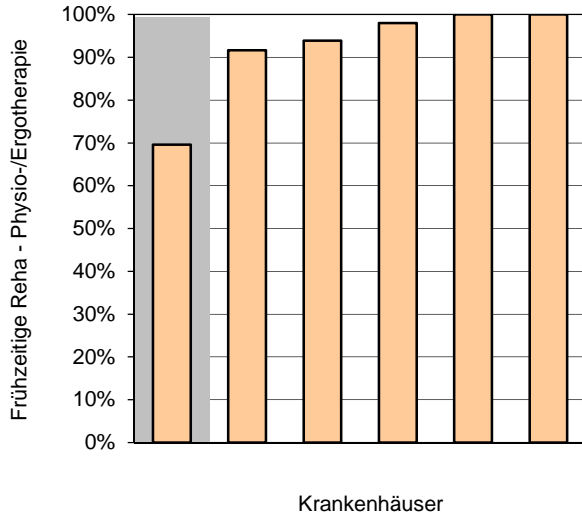
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/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:**

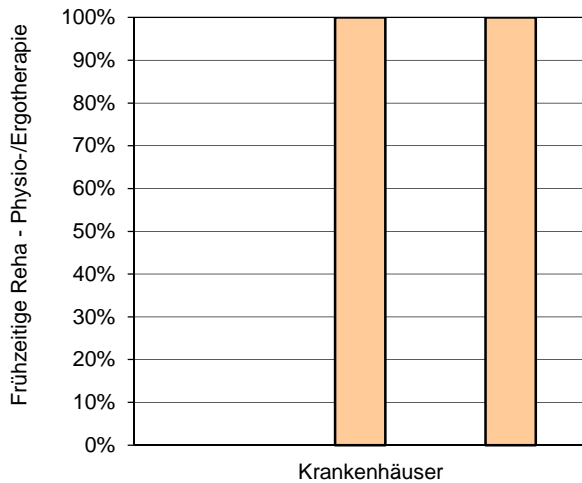
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,6	69,6	69,6	91,7	96,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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:** 2019/apo\_hh/83285

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			270 / 298	90,6% 86,7% - 93,7% >= 80,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			645 / 678	95,1% 93,2% - 96,6%

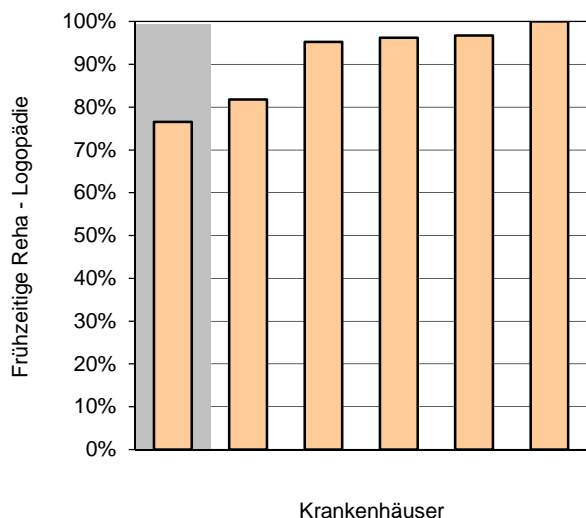
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/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:**

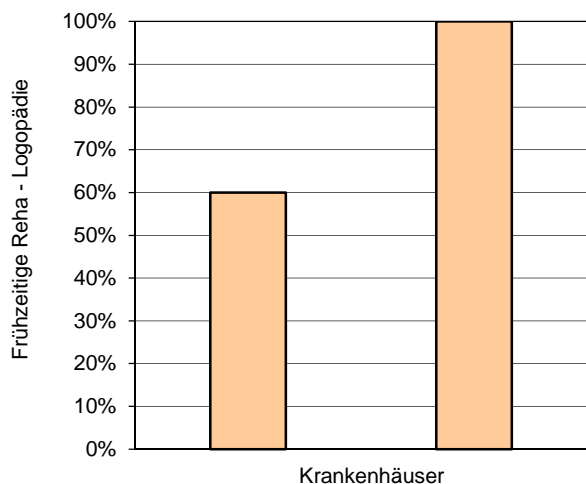
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,6	76,6	76,6	81,8	95,7	96,8	100,0	100,0	100,0

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

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	60,0	60,0	60,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

**Indikator-ID:** 2019/apo\_hh/83287

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

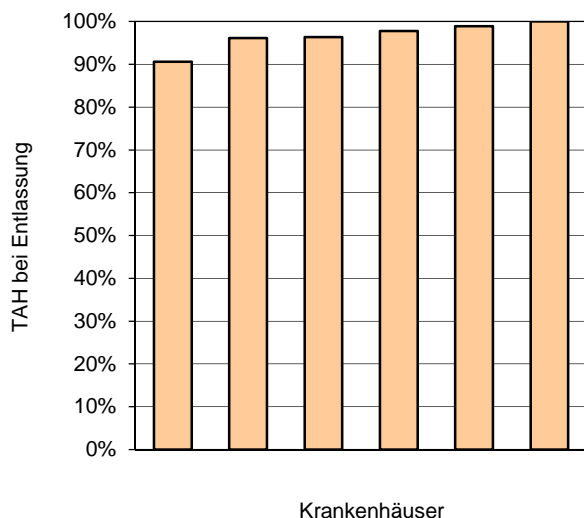
	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			713 / 735	97,0%
Vertrauensbereich				95,5% - 98,1%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.180 / 1.221	96,6%
Vertrauensbereich				95,5% - 97,6%

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

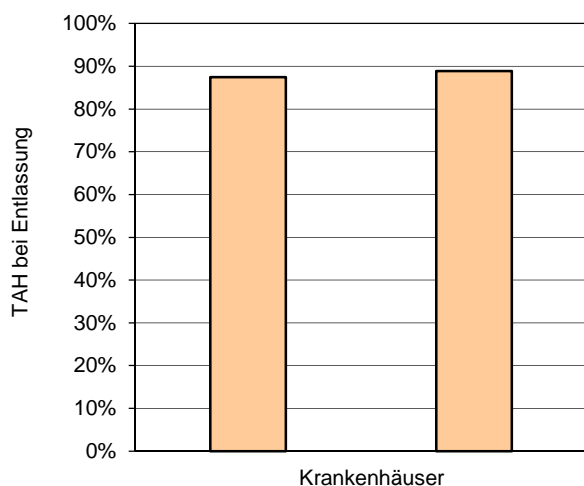
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83287]:  
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt  
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,6	90,6	90,6	96,2	97,1	98,9	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,5	87,5	87,5	87,5	88,2	88,9	88,9	88,9	88,9

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

**Qualitätsziel:** Therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach Hirninfarkt oder TIA als Sekundärprophylaxe bei Entlassung

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen werden und die bei Entlassung wenig beeinträchtigt sind: Rankin Scale Wert 0,1,2,3 bei Entlassung

**Indikator-ID:** 2019/apo\_hh/83288

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			138 / 164	84,1%
Vertrauensbereich				77,6% - 89,4%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			589 / 605	97,4%
Vertrauensbereich				95,7% - 98,5%

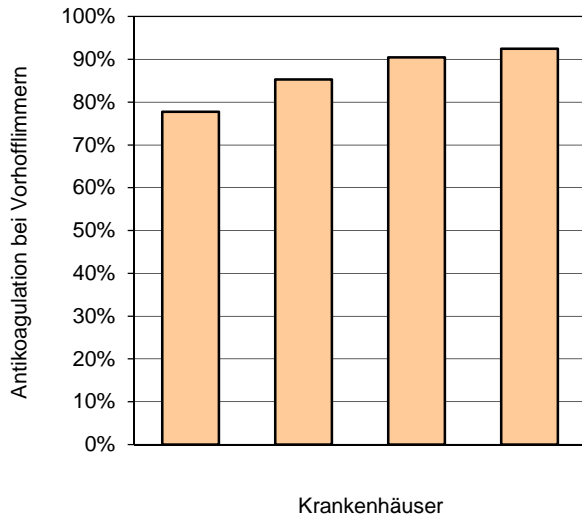
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/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:**

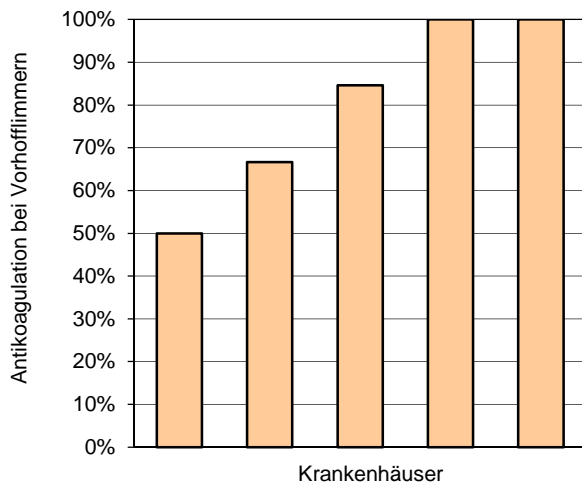
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,8	77,8	77,8	81,5	87,9	91,5	92,5	92,5	92,5

**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
	50,0	50,0	50,0	66,7	84,6	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat 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:** 2019/apo\_hh/83292

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.001 / 1.017	98,4%
				97,5% - 99,1%
		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			2.142 / 2.162	99,1%
				98,6% - 99,4%

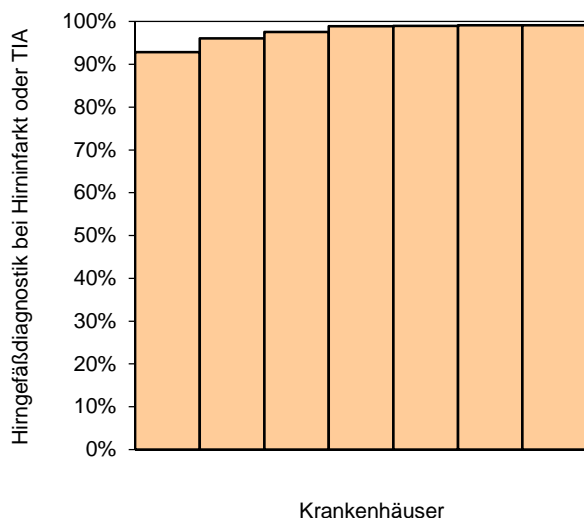
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/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:**

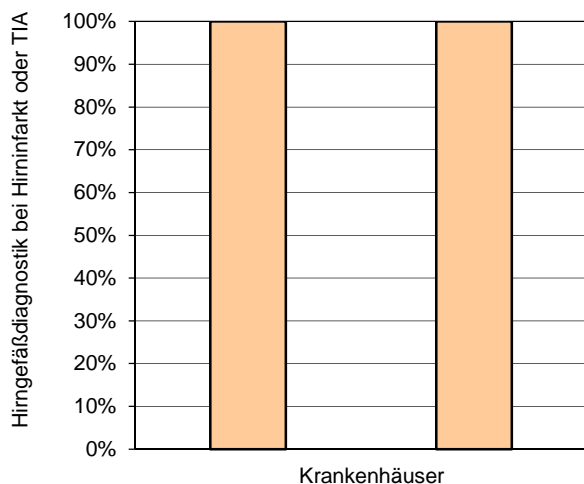
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,9	92,9	92,9	96,1	98,9	99,2	99,2	99,2	99,2

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

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



### Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

<b>Qualitätsziel:</b>	Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus „verstorben“ am Tag 7		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten mit TIA (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Blutung (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2019/apo_hh/83293	
	Gruppe 2:	2019/apo_hh/83385	
	Gruppe 3:	2019/apo_hh/83386	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 0,5%	
	Gruppe 2:	<= 4,0%	
	Gruppe 3:	<= 25,0%	

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

	Gesamt 2019 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 0	8 / 12	4 / 6
Vertrauensbereich		66,7%	66,7%
Referenzbereich	<= 0,5%	34,8% - 90,1%	22,2% - 95,7%
		<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2018 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 0	5 / 10 50,0% 18,7% - 81,3%	3 / 4 75,0% 19,4% - 99,4%

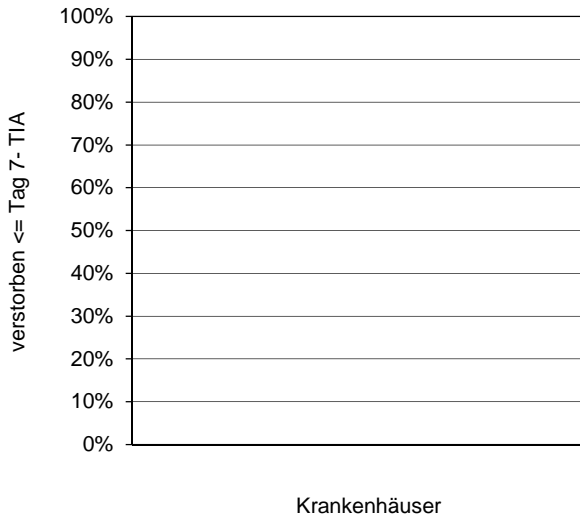
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83293]:**

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

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

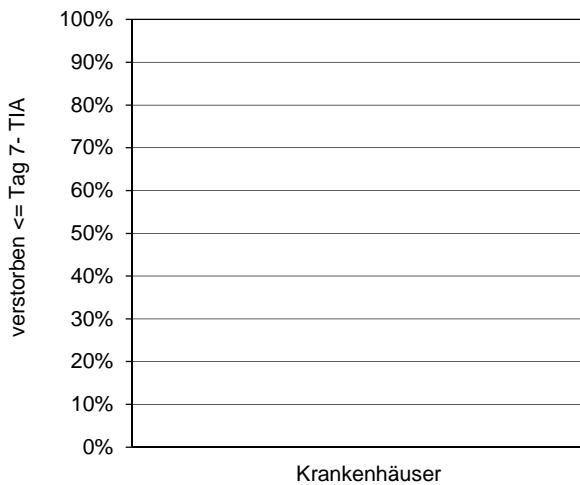
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

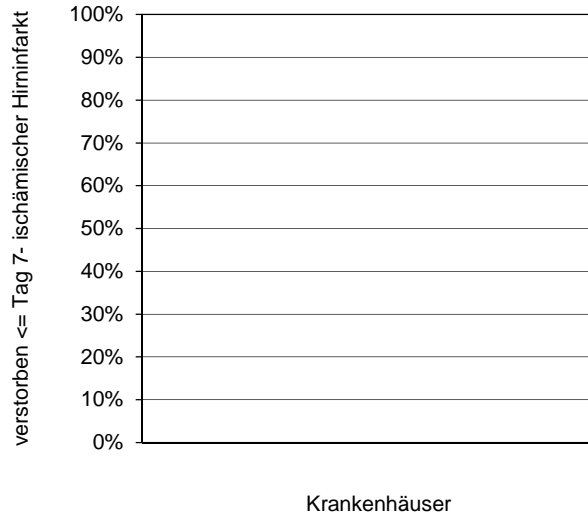
10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83385]:**

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

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

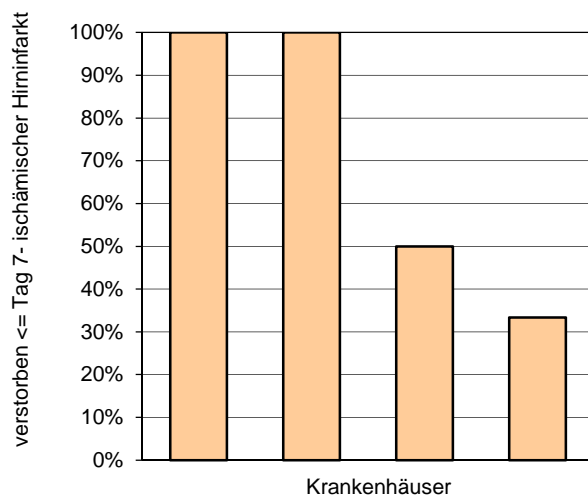
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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

4 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	41,7	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0

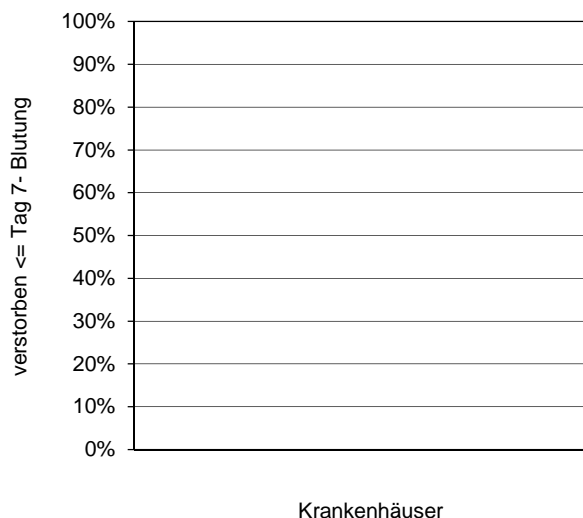
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83386]:**

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

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

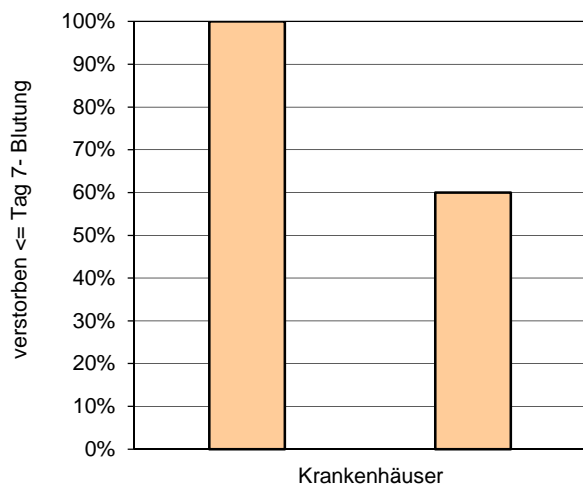
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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
	60,0	60,0	60,0	60,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0

8 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:** 2019/apo\_hh/83294

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			563 / 656	85,8%
Vertrauensbereich				82,9% - 88,4%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

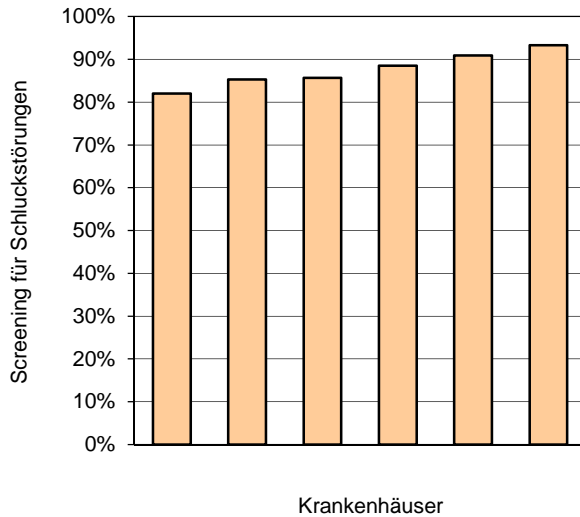
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.198 / 1.338	89,5%
Vertrauensbereich				87,8% - 91,1%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/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:**

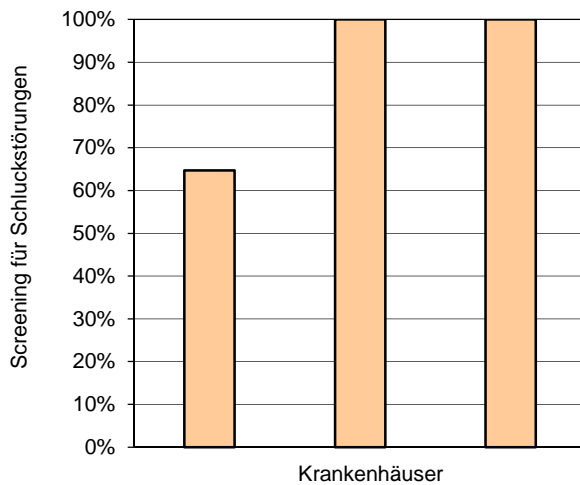
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,0	82,0	82,0	85,3	87,1	90,9	93,3	93,3	93,3

**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
	64,7	64,7	64,7	64,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


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


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

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

**Indikator-ID:** 2019/apo\_hh/103490

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			159 / 263	60,5%
Vertrauensbereich				54,3% - 66,4%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			395 / 521	75,8%
Vertrauensbereich				71,9% - 79,4%

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.



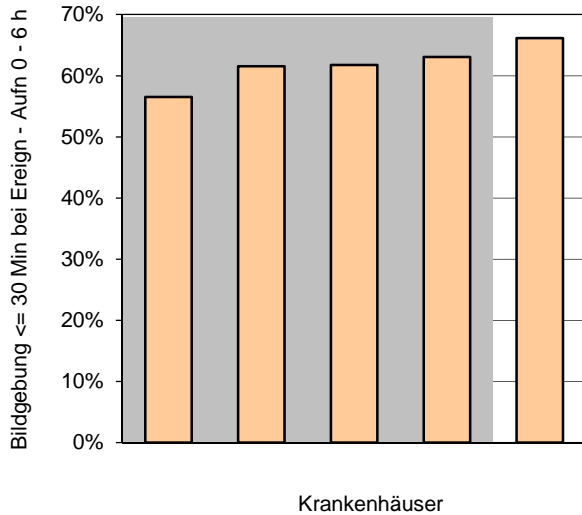
	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			40 / 263	15,2%
> 1 bis 3 Stunden			25 / 263	9,5%
> 3 bis 6 Stunden			10 / 263	3,8%
> 6 Stunden			8 / 263	3,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme			19 / 263	7,2%
keine Bildgebung erfolgt			2 / 263	0,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2019/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:**

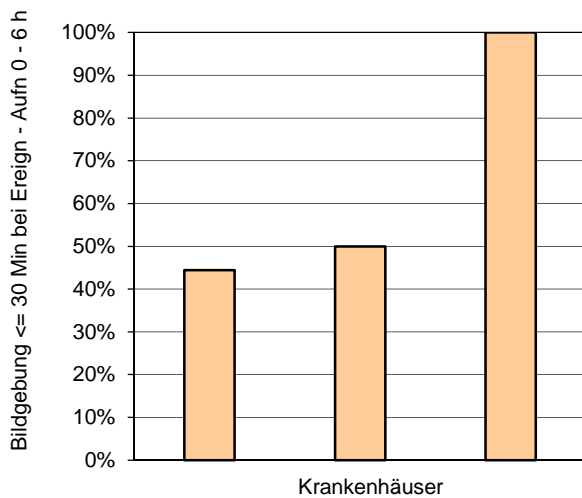
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	56,5	56,5	56,5	61,5	61,8	63,0	66,2	66,2	66,2

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

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,4	44,4	44,4	44,4	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 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:** 2019/apo\_hh/83311

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			85 / 126	67,5%
Vertrauensbereich				58,5% - 75,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten <sup>2</sup>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal <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 Gesamt um Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, korrigiert.

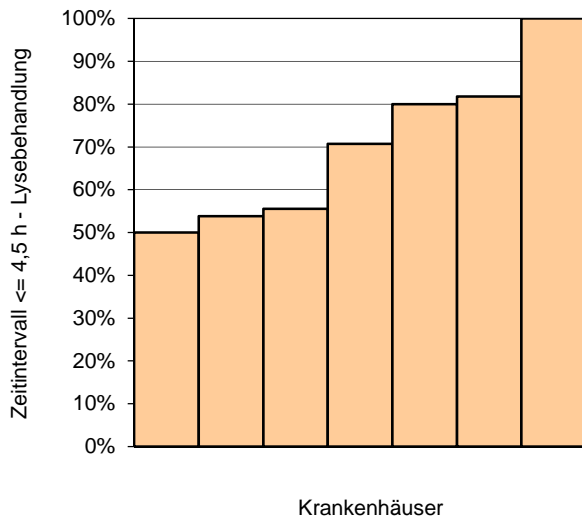
<sup>2</sup> Aufgrund der geänderten Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9\_KH, Indikator-ID 2019/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:**

7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	53,8	70,7	81,8	100,0	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:	2019/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2019/apo_hh/103509
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 35,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			52 / 114	45,6%
Vertrauensbereich				36,2% - 55,2%
Referenzbereich		>= 35,0%		>= 35,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			96 / 114	84,2%
Vertrauensbereich				76,2% - 90,4%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			132 / 265	49,8%
Vertrauensbereich				43,6% - 56,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			224 / 265	84,5%
Vertrauensbereich				79,6% - 88,7%

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

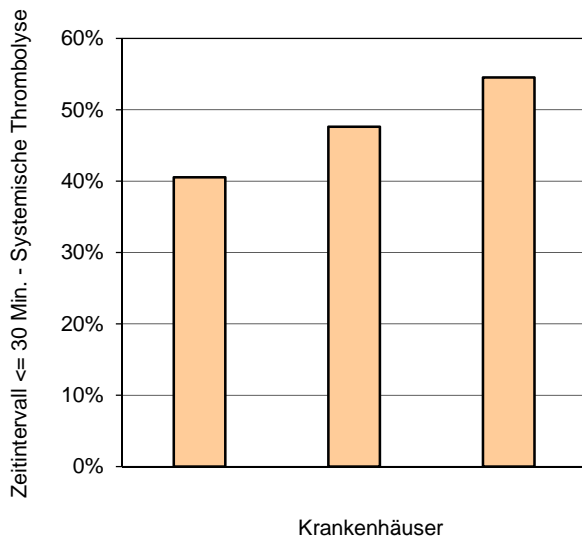
	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			44 / 114	38,6%
> 1 - 2 Stunden			16 / 114	14,0%
> 2 - 3 Stunden			0 / 114	0,0%
> 3 - 4 Stunden			1 / 114	0,9%
> 4 - 6 Stunden			0 / 114	0,0%
> 6 Stunden			1 / 114	0,9%
keine Lyse durchgeführt			0 / 114	0,0%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2019/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:**

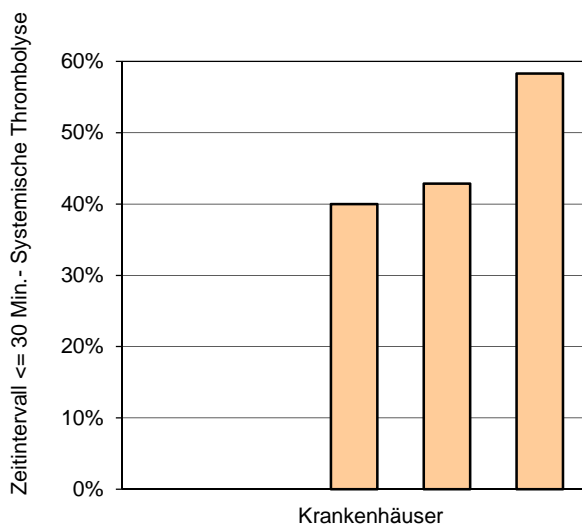
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,5	40,5	40,5	40,5	47,6	54,5	54,5	54,5	54,5

**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	40,0	42,9	58,3	58,3	58,3

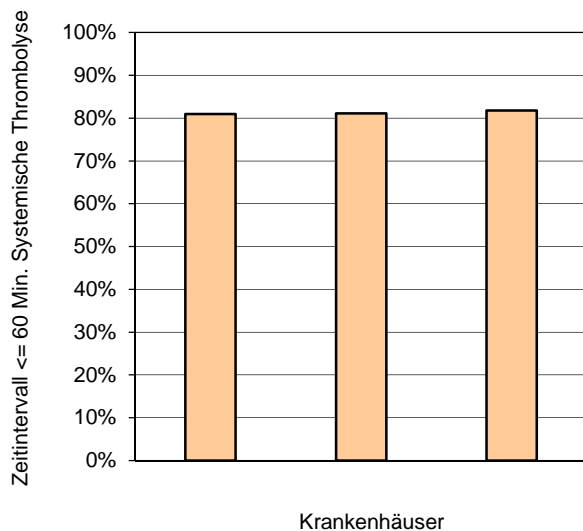
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2019/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:**

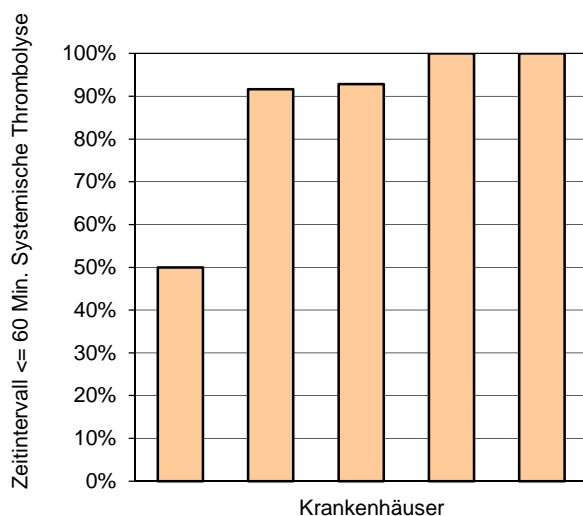
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,0	81,0	81,0	81,0	81,1	81,8	81,8	81,8	81,8

**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
	50,0	50,0	50,0	91,7	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.




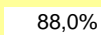
### Qualitätsindikator 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie


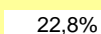
**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit Rekanalisation nach Thrombektomie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Indikator-ID:** 2019/apo\_hh/151296

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			66 / 75	 88,0%
Vertrauensbereich				78,4% - 94,4%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%

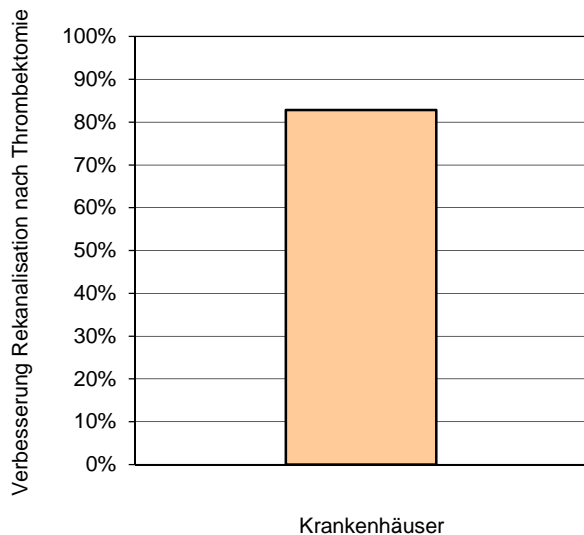
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			23 / 101	 22,8%
Vertrauensbereich				15,0% - 32,2%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2019/apo\_hh/151296]:**

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

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

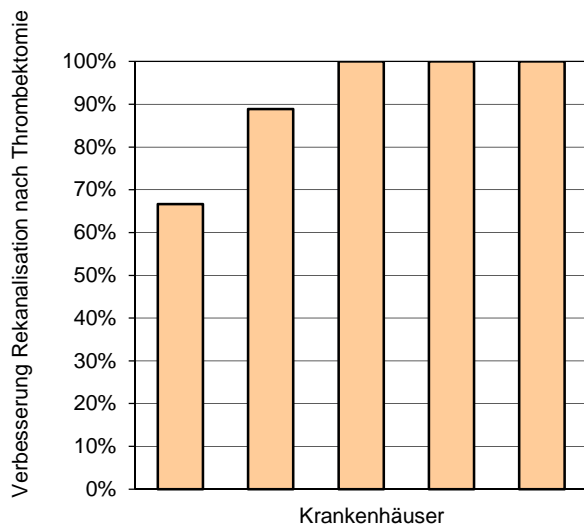
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,9	82,9	82,9	82,9	82,9	82,9	82,9	82,9	82,9

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

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 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:** 2019/apo\_hh/151297

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

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			28 / 75	37,3%
Vertrauensbereich				26,4% - 49,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

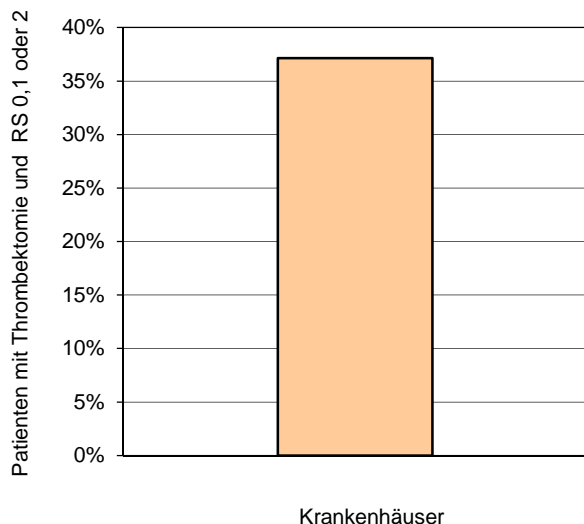
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			31 / 101	30,7%
Vertrauensbereich				21,9% - 40,7%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2019/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:**

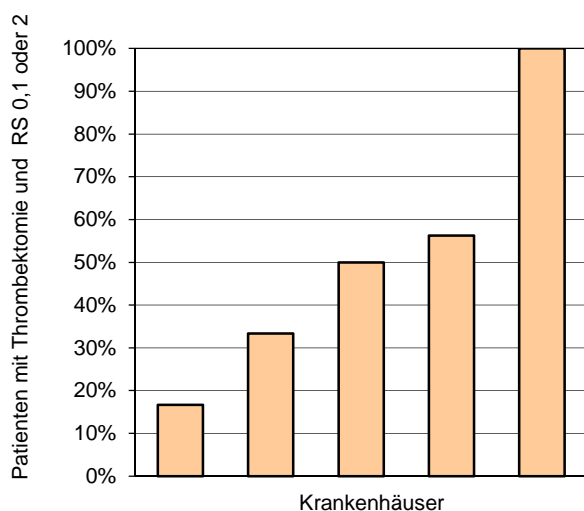
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,1	37,1	37,1	37,1	37,1	37,1	37,1	37,1	37,1

**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
	16,7	16,7	16,7	33,3	50,0	56,3	100,0	100,0	100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

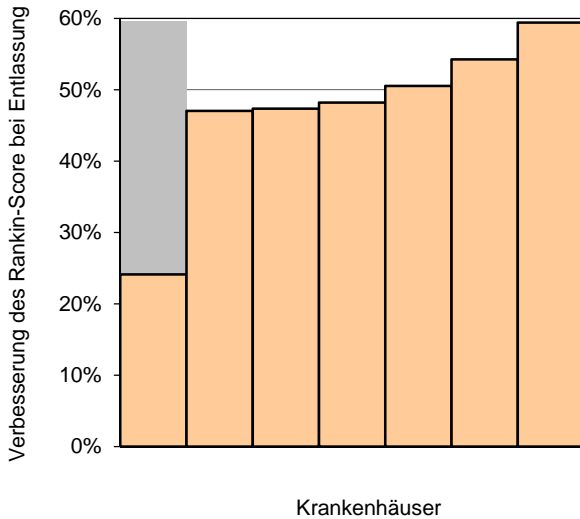
**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2019/apo\_hh/83372  
**Referenzbereich:** >= 45,0%

	Krankenhaus 2019 III. Quartal	Gesamt 2019 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		557 / 1.105	 50,4%
Vertrauensbereich			47,4% - 53,4%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal	Gesamt 2018 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.070 / 2.284	 46,8%
Vertrauensbereich			44,8% - 48,9%

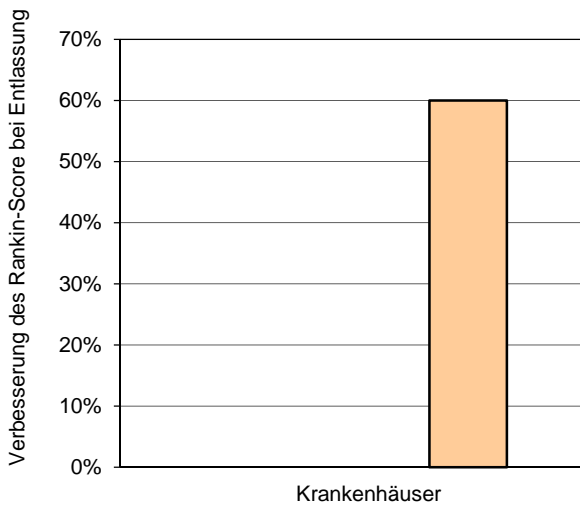
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

**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
	24,1	24,1	24,1	47,1	48,2	54,3	59,4	59,4	59,4

**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	30,0	60,0	60,0	60,0	60,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhaus 2019 III. 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 2019 III. 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	176 15,9%	120 10,9%	87 7,9%	39 3,5%	12 1,1%	5 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	6 0,5%	80 7,2%	85 7,7%	41 3,7%	19 1,7%	9 0,8%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	2 0,2%	9 0,8%	53 4,8%	48 4,3%	21 1,9%	6 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,2%	10 0,9%	36 3,3%	32 2,9%	10 0,9%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	0 0,0%	4 0,4%	5 0,5%	36 3,3%	23 2,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,2%	1 0,1%	2 0,2%	7 0,6%	47 4,3%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					



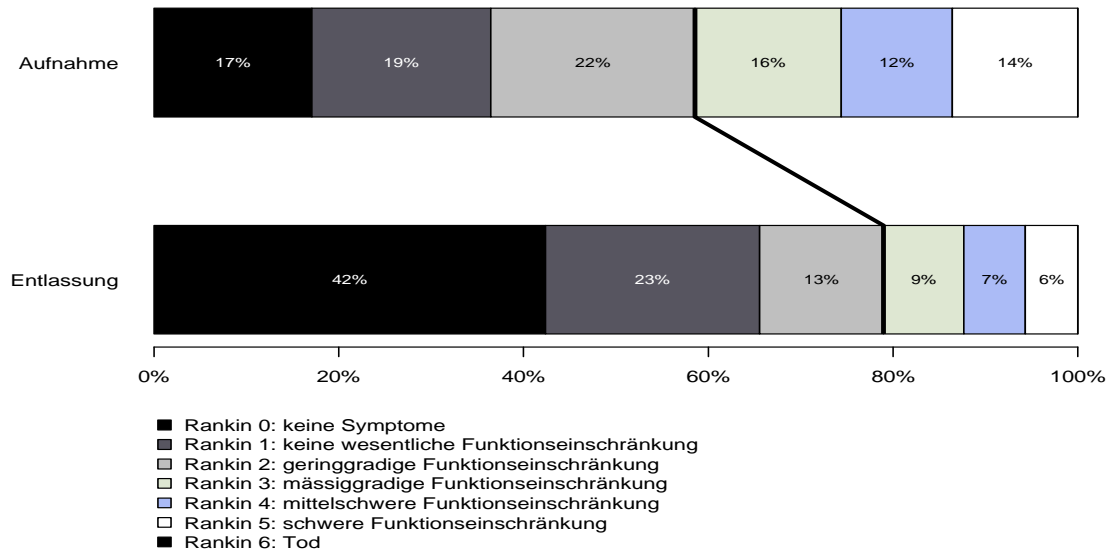
**Vorjahresdaten  
Krankenhaus 2018 III. Quartal**

	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 2018 III. 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	466 20,4%	256 11,2%	124 5,4%	68 3,0%	14 0,6%	13 0,6%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	20 0,9%	118 5,2%	162 7,1%	74 3,2%	20 0,9%	5 0,2%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	17 0,7%	146 6,4%	120 5,3%	48 2,1%	11 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	1 0,0%	13 0,6%	92 4,0%	67 2,9%	22 1,0%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	0 0,0%	6 0,3%	11 0,5%	64 2,8%	66 2,9%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,0%	3 0,1%	5 0,2%	13 0,6%	98 4,3%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

### Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

**Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden**

**Qualitätsziel:** Minimierung des Zeitintervalls zwischen Symptombeginn und Aufnahme (event-to-door-time; ETDT) im Krankenhaus bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall oder TIA

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2019/apo\_hh/83295

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			242 / 1.105	21,9%
> 2 - <= 3 Stunden			56 / 1.105	5,1%
> 3 - <= 6 Stunden			90 / 1.105	8,1%
> 6 - <= 24 Stunden			102 / 1.105	9,2%
> 24 - <= 48 Stunden			30 / 1.105	2,7%
> 48 Stunden			38 / 1.105	3,4%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			298 / 1.105	27,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			686 / 2.284	30,0%

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Thrombektomie

**Kennzahl-ID:** 2019/apo\_hh/151304

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			3 / 75	4,0%
> 30 - <= 60 Minuten			19 / 75	25,3%
> 60 - <= 90 Minuten			27 / 75	36,0%
> 90 - <= 120 Minuten			8 / 75	10,7%
> 120 - <= 180 Minuten			11 / 75	14,7%
> 180 Minuten			7 / 75	9,3%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			22 / 75	29,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			20 / 101	19,8%

### 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:** 2019/apo\_hh/151311

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			0 / 1.105	0,0%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			0 / 0	
> 2 - <= 3 Stunden			0 / 0	
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 0	
> 6 - <= 24 Stunden			0 / 0	
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 0	
> 48 Stunden			0 / 0	
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	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:** 2019/apo\_hh/154383

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			0 / 138	0,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	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:** 2019/apo\_hh/154384

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			45 / 138	32,6%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	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 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			1.313	100,0	2.914	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.313		2.914	

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

## Patienten

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.035		2.273	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median	<i>Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			549	53,0	1.205	53,0
weiblich			486	47,0	1.068	47,0

## Aufnahme

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Erstversorgung</b>						
ja			1.035 / 1.313	78,8	2.273 / 2.914	78,0
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			67 / 1.313	5,1	138 / 2.914	4,7
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt <sup>1</sup>			0 / 1.313	0,0	-	-
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt <sup>1</sup>			0 / 1.313	0,0	-	-
nein, keine stationäre Aufnahme			207 / 1.313	15,8	481 / 2.914	16,5
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			855	77,4	1.708	74,8
Sonnabend oder Sonntag			250	22,6	576	25,2
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
<b>Sprechstörung</b>						
ja			348	31,5	737	32,3
nein			724	65,5	1.471	64,4
nicht bestimmbar			33	3,0	76	3,3
<b>Sprachstörung</b>						
ja			247	22,4	494	21,6
nein			828	74,9	1.718	75,2
nicht bestimmbar			30	2,7	72	3,2
<b>Motorische Ausfälle</b>						
ja			461	41,7	1.044	45,7
nein			629	56,9	1.205	52,8
nicht bestimmbar			15	1,4	35	1,5
<b>Schluckstörung</b>						
ja			154	13,9	277	12,1
nein			884	80,0	1.859	81,4
nicht bestimmbar			67	6,1	148	6,5
<b>Bewusstseinsstörung</b>						
ja			122	11,0	231	10,1
nein			975	88,2	2.036	89,1
nicht bestimmbar			8	0,7	17	0,7

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2019

### Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			595	53,8	1.307	57,2
nein			510	46,2	977	42,8
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			163	27,4	389	29,8
> 1 - <= 2 Stunden			116	19,5	286	21,9
> 2 - <= 3 Stunden			56	9,4	125	9,6
> 3 - <= 3,5 Stunden			22	3,7	30	2,3
> 3,5 - <= 4 Stunden			13	2,2	41	3,1
> 4 - <= 6 Stunden			55	9,2	85	6,5
> 6 - <= 24 Stunden			102	17,1	201	15,4
> 24 - <= 48 Stunden			30	5,0	66	5,0
> 48 Stunden			38	6,4	84	6,4
wake up stroke						
ja			136	26,7	280	28,7
nein			374	73,3	697	71,3

## Diagnostik

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diagnostik bei Aufnahme</b>						
<b>Bildgebung durchgeführt</b>						
keine Bildgebung erfolgt			9	0,8	19	0,8
1. Bildgebung extern			71	6,4	79	3,5
1. Bildgebung intern			1.025	92,8	2.186	95,7
wenn 1. Bildgebung intern, <b>Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus</b>						
CCT			533	52,0	1.247	57,0
CCT mit CTA			432	42,1	830	38,0
MRT			25	2,4	54	2,5
MRT mit MRA			35	3,4	55	2,5
<b>Gefäßverschluss</b>						
ja			167	15,1	281	12,3
nein			938	84,9	2.003	87,7
<b>Thrombektomie</b>						
Gefäßverschluss in der Angiographie <sup>1</sup>						
ja			74	98,7	-	-
nein			1	1,3	-	-
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
<b>Art des Gefäßverschlusses<sup>2</sup></b>						
Carotis T			15	20,3	-	-
M1			39	52,7	-	-
M2			7	9,5	-	-
Basilaris			7	9,5	-	-
Sonstige			6	8,1	-	-
Erfolgreiche Rekanalisation <sup>2</sup> TICI = IIb/III						
ja			66	89,2	-	-
nein			8	10,8	-	-
<b>Dauer der Symptome</b>						
nicht bestimmbar da Verlegung			9	0,8	18	0,8
<= 24 Stunden			520	47,1	1.000	43,8
> 24 Stunden			576	52,1	1.266	55,4

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

<sup>2</sup> Aufgrund der geänderten Spezifikation in 2019 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

## Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Weiterführende Diagnostik</b>						
<b>Neurosonographie der hirnersorgenden Gefäße<sup>1</sup></b>						
extrakraniell			1.016	92,2	2.190	96,2
Intrakraniell			994	90,2	2.157	94,8
<b>Schlucktest nach Protokoll durchgeführt<sup>1</sup></b>						
ja			890	80,8	1.930	84,8
nein			200	18,1	314	13,8
nicht durchführbar			12	1,1	32	1,4
<b>Vorhofflimmern<sup>1</sup></b>			269	24,4	906	39,8
<b>Komplikationen - Pneumonie<sup>1</sup></b>						
nein			1.030		2.128	
ja			72		148	
<b>Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis<sup>1</sup></b>						
nein			1.066	96,7	2.207	97,0
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			23	2,1	24	1,1
Stenting im Verlauf			10	0,9	21	0,9
TEA			3	0,3	24	1,1

<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

### Diagnose(n) ICD-10-GM 2019<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			716	64,8	1.475	64,6
TIA			301	27,2	687	30,1
ICB			88	8,0	122	5,3
unklar			0	0,0	0	0,0

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

### Rankin Skala

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme</b>						
Rankin 0			189	17,1	504	22,1
Rankin 1			214	19,4	396	17,3
Rankin 2			244	22,1	459	20,1
Rankin 3			175	15,8	393	17,2
Rankin 4			133	12,0	241	10,6
Rankin 5			150	13,6	291	12,7
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			439	42,4	941	43,8
Rankin 1			240	23,2	399	18,6
Rankin 2			139	13,4	345	16,1
Rankin 3			90	8,7	198	9,2
Rankin 4			69	6,7	148	6,9
Rankin 5			59	5,7	116	5,4

## Rehabilitation

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn Physiotherapie<sup>1</sup></b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			774	70,2	1.877	82,5
> Tag 2 nach Aufnahme			48	4,4	32	1,4
keine			280	25,4	367	16,1
<b>Beginn Logopädie<sup>1</sup></b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			726	65,9	1.585	69,6
> Tag 2 nach Aufnahme			47	4,3	40	1,8
keine			329	29,9	651	28,6

## Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulantien<sup>1</sup></b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			250	22,7	895	39,3
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer<sup>1</sup></b>			804	73,0	1.760	77,3
<b>Antihypertensiva<sup>1</sup></b>			860	78,0	1.853	81,4
<b>Antidiabetika<sup>1</sup></b>			174	15,8	378	16,6
<b>Statine<sup>1</sup></b>			911	82,7	1.905	83,7

<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

## Entlassung

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsart<sup>1</sup></b>						
nach Hause			684	62,1	1.409	61,9
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			252	22,9	458	20,1
andere Abteilung			29	2,6	142	6,2
externe Akut-Klinik			7	0,6	36	1,6
Pflegeeinrichtung			71	6,4	138	6,1
verstorben			59	5,4	93	4,1
<b>wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik<sup>1</sup></b>						
zur Thrombektomie			1	14,3	10	23,3
zur Desobliteration der A. carotis			2	28,6	10	23,3
zur Hemikraniektomie			0	0,0	0	0,0
aus anderen Gründen			4	57,1	23	53,5
<b>wenn verstorben</b>						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung <sup>1</sup>			41	69,5	80	85,1
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt <sup>1</sup>			18	30,5	14	14,9
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			1.105	100,0	2.284	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>6,7 Tage</i>		<i>7,8 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>5,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	

<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.



## Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse/ Thrombektomie<sup>1</sup></b>						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			922	83,7	1.950	85,7
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			12	1,1	14	0,6
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			93	8,4	213	9,4
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			18	1,6	8	0,4
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			21	1,9	50	2,2
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			36	3,3	41	1,8
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie<sup>1</sup></b>						
<= 30 Minuten			37	30,1	114	48,3
> 30 - <= 60 Minuten			41	33,3	75	31,8
> 1 - <= 2 Stunden			16	13,0	28	11,9
> 2 - <=3 Stunden			0	0,0	5	2,1
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	1	0,4
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	2	0,8
> 6 Stunden			29	23,6	11	4,7
keine Lyse durchgeführt			0		0	
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			392	35,5	960	42,0
> 30 - <= 60 Minuten			165	14,9	336	14,7
> 1 - <= 3 Stunden			262	23,7	560	24,5
> 3 - <= 6 Stunden			109	9,9	184	8,1
> 6 Stunden			97	8,8	146	6,4
1. Bildgebung vor Aufnahme			71	6,4	79	3,5
keine Bildgebung erfolgt			9	0,8	19	0,8
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b>						
<= 2 (leicht)			621	59,9	1.238	57,7
3 - 8 (mittel)			259	25,0	600	27,9
9 - 20 (schwerwiegend)			127	12,3	243	11,3
> 20 (sehr schwerwiegend)			22	2,1	49	2,3
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

## Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2019 III. Quartal		Gesamt 2019 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			911	82,4	1.907	83,5
Antihypertensiva			860	77,8	1.858	81,3
Antidiabetika			174	15,7	380	16,6
keine Angabe			3	0,3	0	0,0
<b>Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses<sup>1</sup></b>						
unabhängig zu Hause			915	83,0	1.869	82,1
Pflege zu Hause			76	6,9	181	8,0
Pflege in Institution			111	10,1	226	9,9
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

## 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 2019.

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 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 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 2018 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 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.

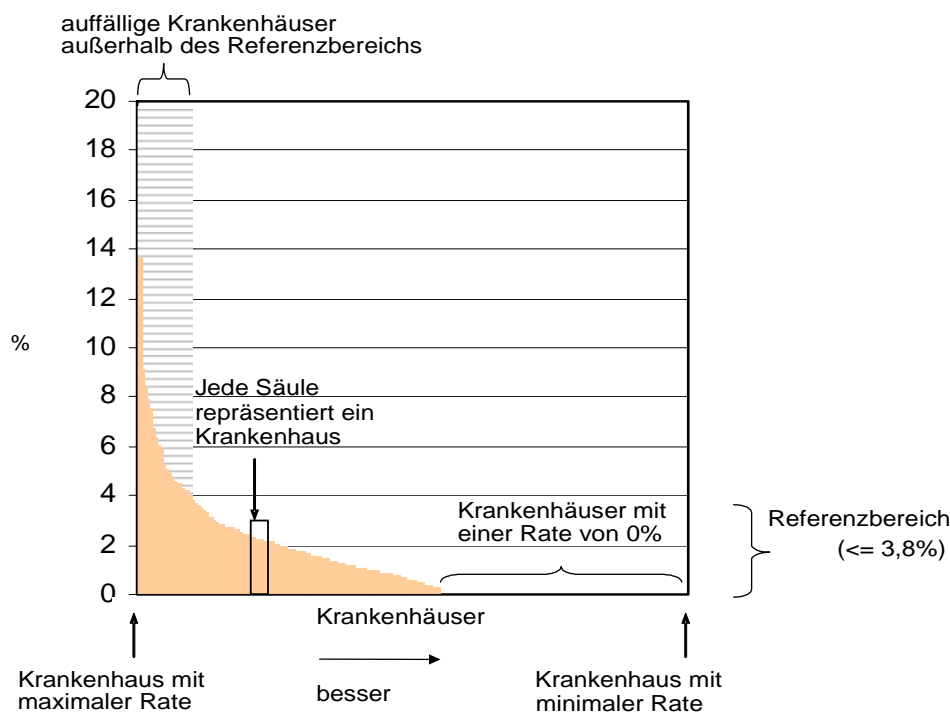
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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  
Vogelsanger Weg 80  
D-40470 Düsseldorf

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