

Auswertung 2. Quartal 2018 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 14
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.015
Datensatzversion: apo_hh 2018 2.1
Datenbankstand: 01. August 2018
2018 - D17571-L111290-P53265

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
URL: www.bqs.de

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2018 im II. 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 II. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/apo_hh/83284 QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			90,7%	>= 80,0%	7
2018/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			94,3%	>= 80,0%	9
2018/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			82,5%	>= 90,0%	11
2018/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			95,0%	>= 75,0%	13
2018/apo_hh/83292 QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA			97,2%	>= 90,0%	15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Krankenhaussterblichkeit					
2018/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	17
2018/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			2,4%	<= 4,0%	17
2018/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			23,6%	<= 25,0%	17
2018/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			84,1%	>= 80,0%	22
QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0-3 bzw. > 3-6 Stunden					
2018/apo_hh/103490 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			75,3%	>= 65,0%	24
2018/apo_hh/103491 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			48,0%	>= 80,0%	24

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 9: Thrombolyse- und/oder Thrombektomie					
2018/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25			72,1%	nicht definiert	28
2018/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. > 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			55,0%	nicht definiert	28
2018/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			72,4%	>= 50,0%	28
2018/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. > 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			36,4%	nicht definiert	28
QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time					
2018/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde			46,8%	>= 35,0%	34
2018/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde			82,6%	>= 80,0%	34
2018/apo_hh/151296					
QI 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie			23,5%	nicht definiert	38

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2018/apo_hh/151297 QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie			23,5%	nicht definiert	40
2018/apo_hh/83372 QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			47,1%	>= 45,0%	42
2018/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			33,3%	nicht definiert	49
2018/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			13,1%	nicht definiert	51
2018/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden			83,3%	nicht definiert	53

Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentierter Parese und deutlicher Funktionseinschränkung (Rankin Scale bei Aufnahme: Wert >= 3)
(Ausschluss: Patienten < 18 Jahre mit Diagnose TIA und Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2018/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			388 / 428	90,7%
Vertrauensbereich				87,5% - 93,2%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

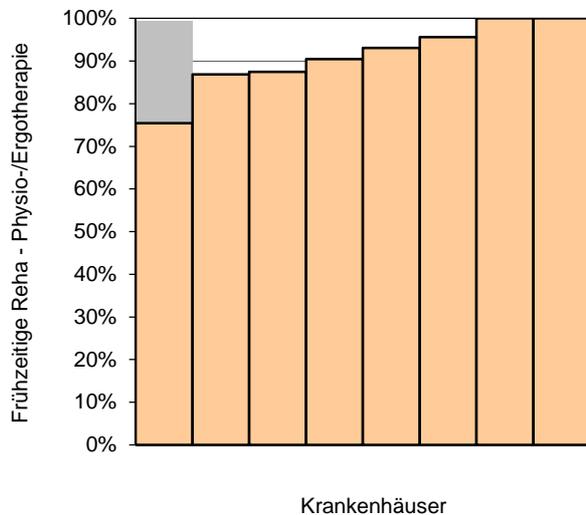
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			556 / 593	93,8%
Vertrauensbereich				91,5% - 95,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/apo_hh/83284]:

Anteil von Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder einen Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme an allen Patienten mit dokumentierter Parese und deutlicher Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre, mit Diagnose TIA und Entlassungsgrund Tod)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

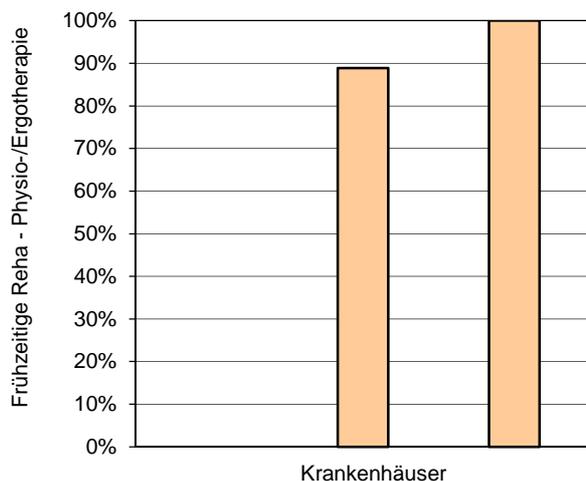
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,4	75,4	75,4	87,2	91,8	97,8	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	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			483 / 512	94,3%
Vertrauensbereich				92,0% - 96,2%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			373 / 412	90,5%
Vertrauensbereich				87,3% - 93,2%

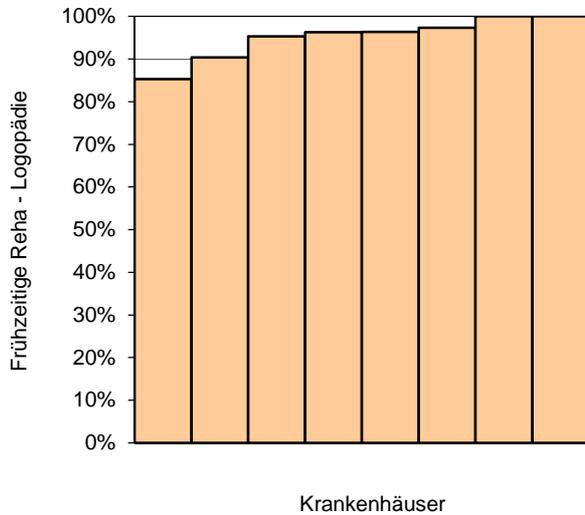
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

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 < 18 Jahre, mit Diagnose TIA, Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

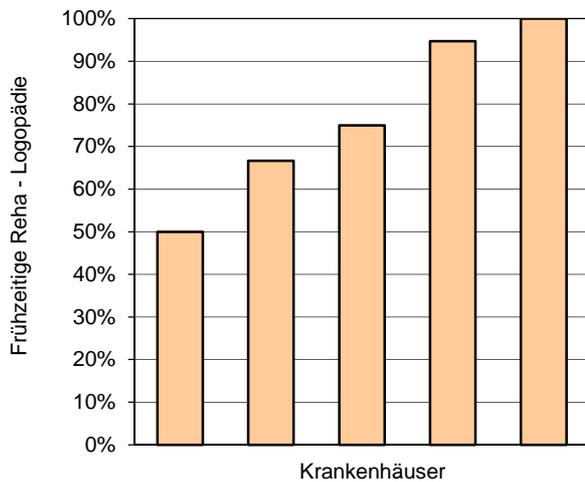
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,3	85,3	85,3	92,9	96,3	98,7	100,0	100,0	100,0

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
	50,0	50,0	50,0	66,7	75,0	94,7	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 < 18 Jahre und Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2018/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.223 / 1.483	82,5%
Vertrauensbereich				80,4% - 84,4%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.584 / 1.970	80,4%
Vertrauensbereich				78,6% - 82,1%

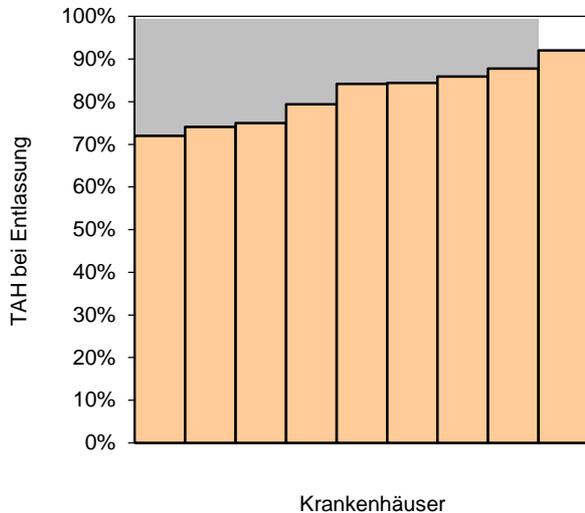
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/apo_hh/83287]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

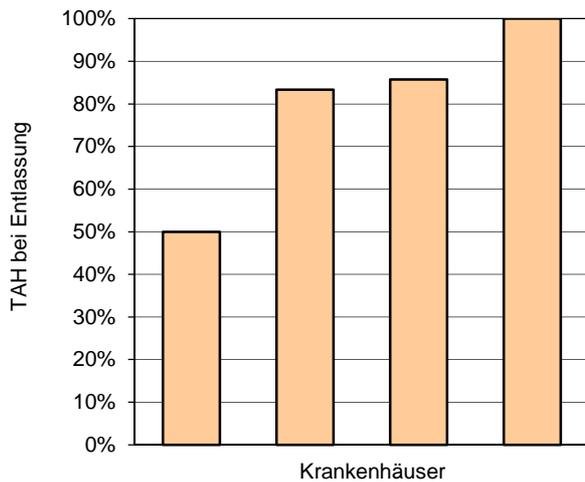
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,0	72,0	72,0	75,0	84,1	85,9	92,0	92,0	92,0

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
	50,0	50,0	50,0	66,7	84,5	92,9	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen werden und die bei Entlassung wenig beeinträchtigt sind: Rankin Scale Wert 0,1,2,3 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

Indikator-ID: 2018/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 75,0%

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			358 / 377	95,0%
Vertrauensbereich				92,2% - 96,9%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

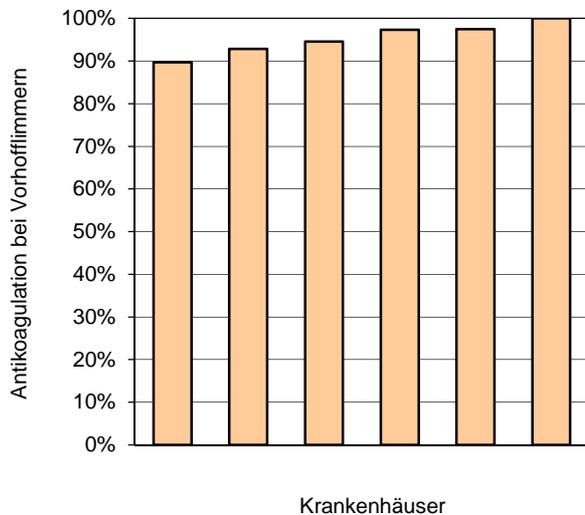
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			285 / 326	87,4%
Vertrauensbereich				83,3% - 90,8%

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) (Ausschluss: Patienten < 18 Jahren)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

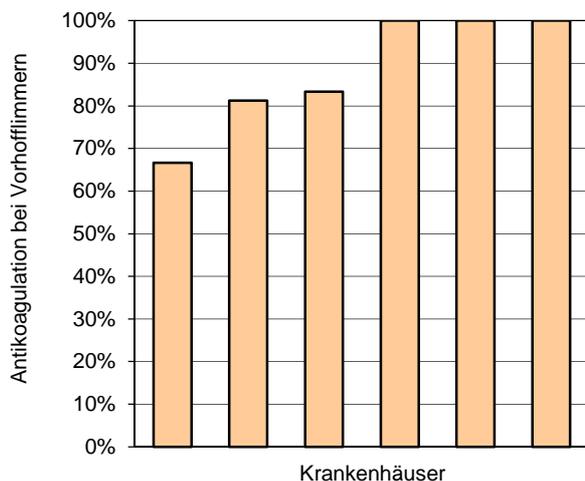
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,7	89,7	89,7	92,9	96,0	97,5	100,0	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
	66,7	66,7	66,7	81,3	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirninfarkt und TIA

Qualitätsziel: Durchführung einer farbkodierten extra- und intrakraniellen Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

Indikator-ID: 2018/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. 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			1.588 / 1.633	97,2% 96,3% - 98,0% >= 90,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. 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			2.081 / 2.171	95,9% 94,9% - 96,7%

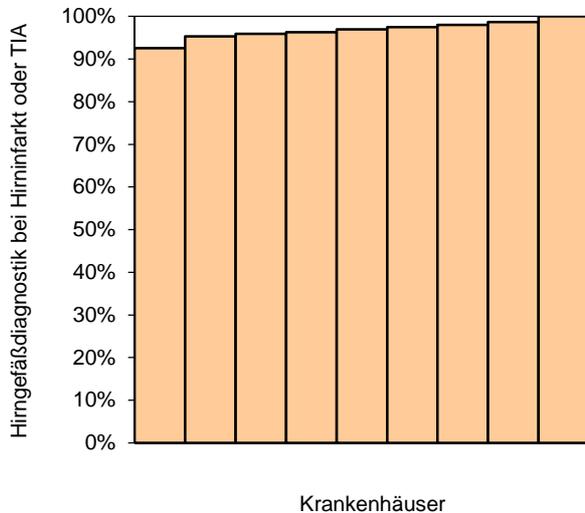
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2018/apo_hh/83292]:

Anteil von Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographie oder Computertomographische Angiographie) an allen Patienten mit Hirninfarkt oder TIA (Ausschluss Patienten < 18 Jahre)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

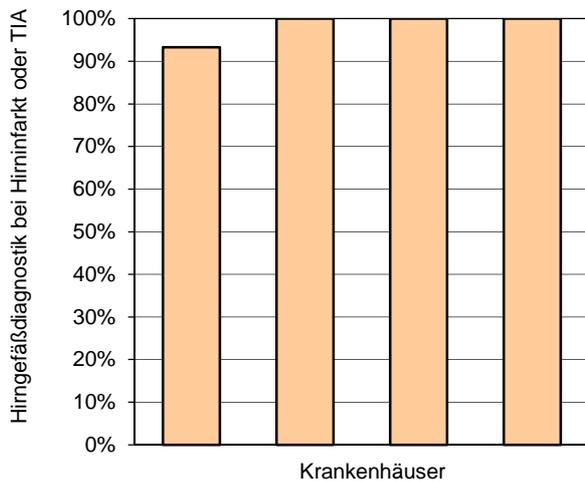
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,6	92,6	92,6	95,9	97,0	98,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,3	93,3	93,3	96,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

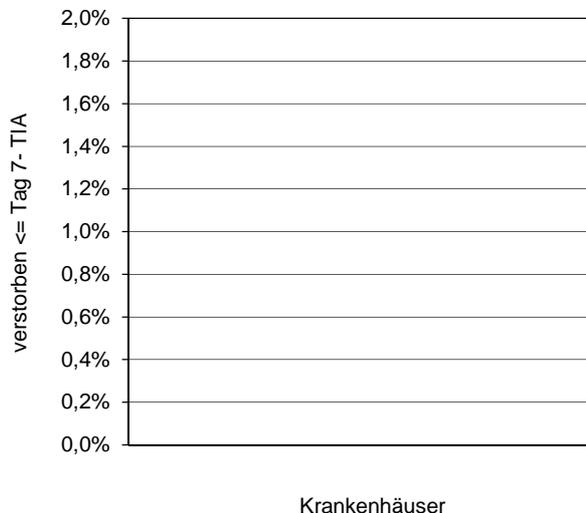
	Gesamt 2018 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 495 0,0%	25 / 1.033 2,4%	25 / 106 23,6%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,7%	1,6% - 3,6%	15,9% - 32,9%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2017 II. 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 / 628 0,0% 0,0% - 0,6%	36 / 1.404 2,6% 1,8% - 3,5%	28 / 140 20,0% 13,7% - 27,6%

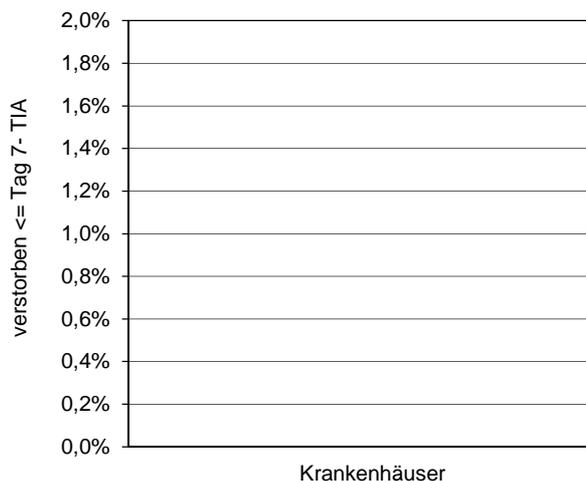
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2018/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

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



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

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

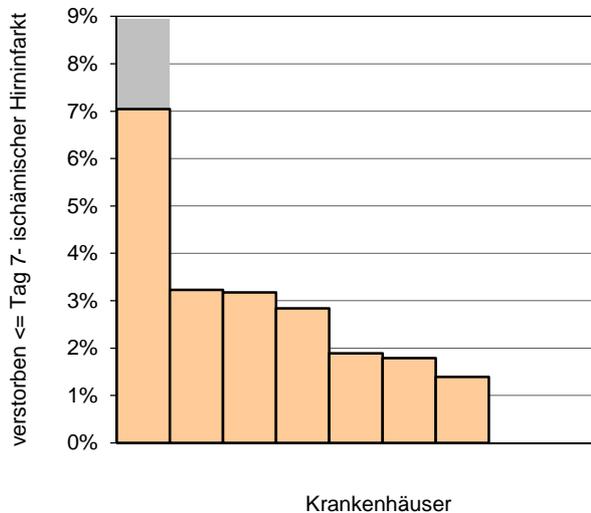


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

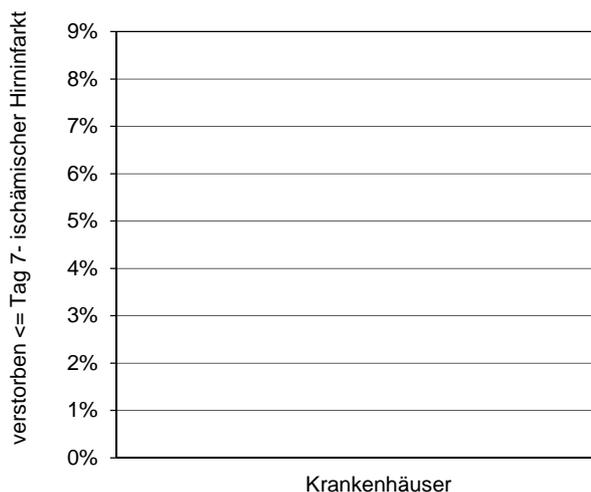
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2018/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit ischämischen Hirninfarkt**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 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	1,4	1,9	3,2	7,0	7,0	7,0

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

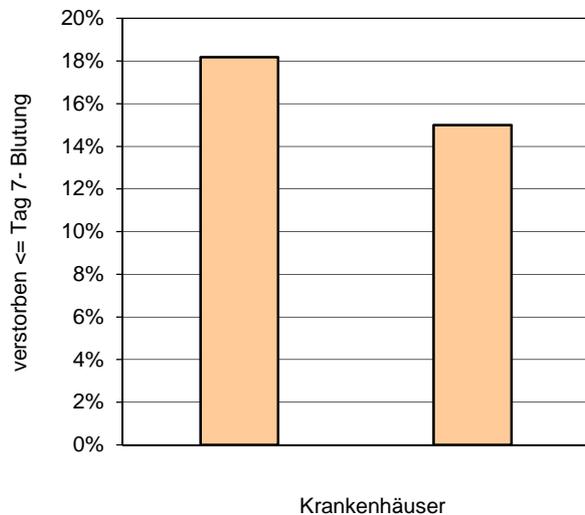


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

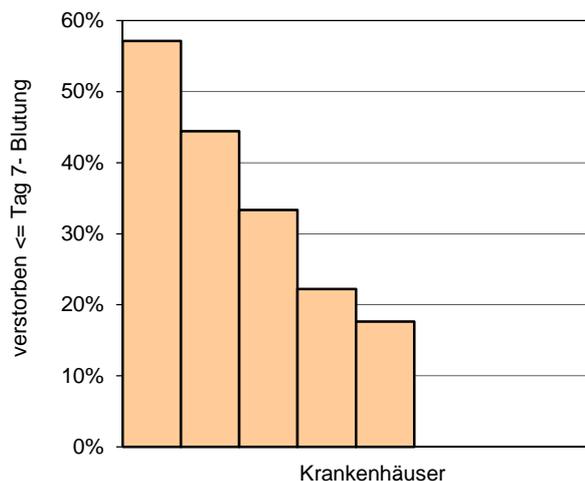
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2018/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	15,0	15,0	15,0	15,0	16,6	18,2	18,2	18,2	18,2

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	19,9	38,9	57,1	57,1	57,1

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schlaganfall
(Ausschluss: Patienten < 18 Jahre, mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen und Entlassungsgrund Tod)

Indikator-ID: 2018/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			815 / 969	84,1%
Vertrauensbereich				81,6% - 86,4%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

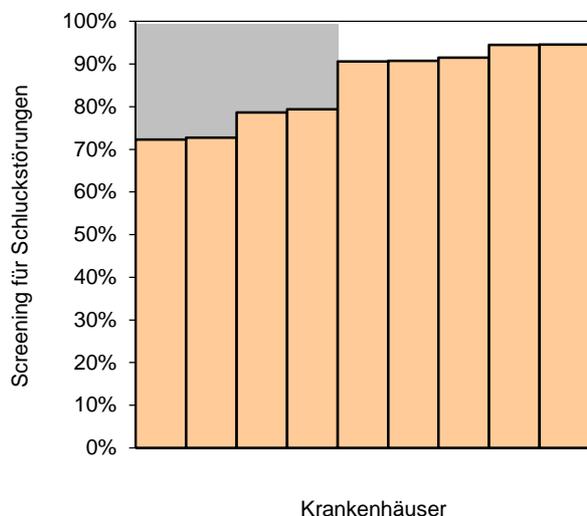
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			674 / 780	86,4%
Vertrauensbereich				83,8% - 88,7%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/apo_hh/83294]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

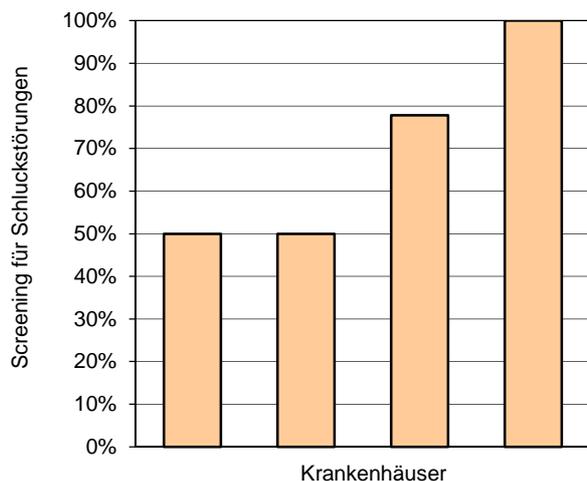
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,3	72,3	72,3	78,6	90,6	91,5	94,6	94,6	94,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	63,9	88,9	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 3 bzw. > 3 bis 6 Stunden**

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			226 / 300 75,3%	24 / 50 48,0%
Vertrauensbereich			70,0% - 80,1%	33,6% - 62,6%
Referenzbereich	>= 65,0%	>= 80,0%	>= 65,0%	>= 80,0%

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

¹ Aufgrund von Änderungen in den Spezifikationen sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

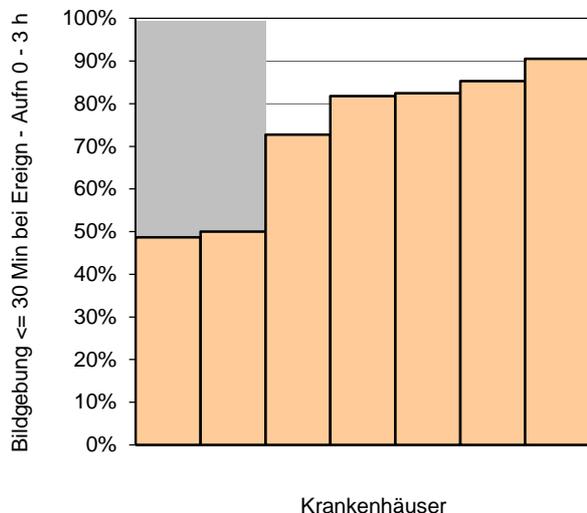
	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			42 / 300 14,0%	6 / 50 12,0%
> 1 bis 3 Stunden			15 / 300 5,0%	10 / 50 20,0%
> 3 bis 6 Stunden			5 / 300 1,7%	3 / 50 6,0%
> 6 Stunden			11 / 300 3,7%	3 / 50 6,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme			1 / 300 0,3%	4 / 50 8,0%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 300 0,0%	0 / 50 0,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, 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 <= 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

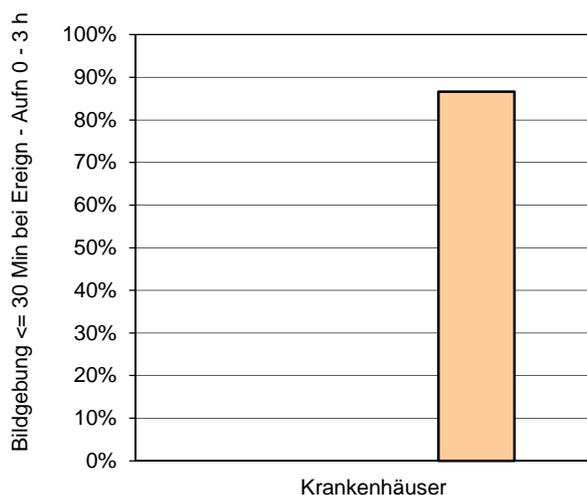
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	48,6	48,6	48,6	50,0	81,8	85,3	90,5	90,5	90,5

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	43,3	86,7	86,7	86,7	86,7

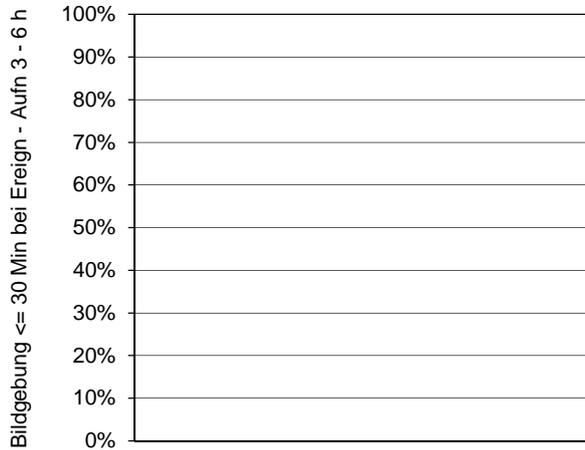
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2018/apo_hh/103491]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

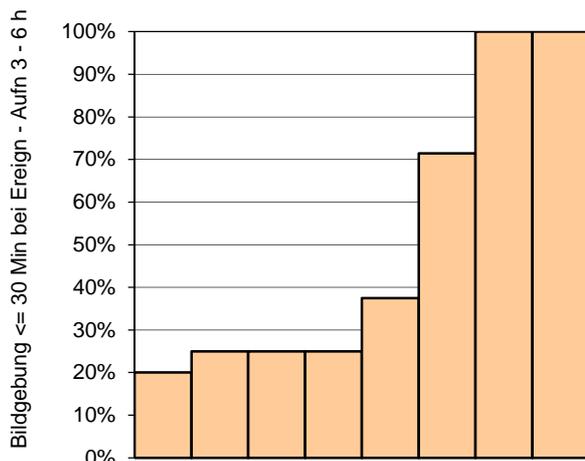


Krankenhäuser

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	20,0	20,0	20,0	25,0	31,3	85,7	100,0	100,0	100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Thrombolyse- und/oder Thrombektomie

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 50,0\%$	nicht definiert

	Gesamt 2018 II. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie	137 / 190	11 / 20	144 / 199	4 / 11
Vertrauensbereich	72,1%	55,0%	72,4%	36,4%
Referenzbereich	65,1% - 78,4%	31,5% - 77,0%	65,6% - 78,5%	10,9% - 69,3%
	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 50,0\%$	nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017 II. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie Vertrauensbereich	- -	- -	- -	- -

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2017 II. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie Vertrauensbereich	- -	- -	- -	- -

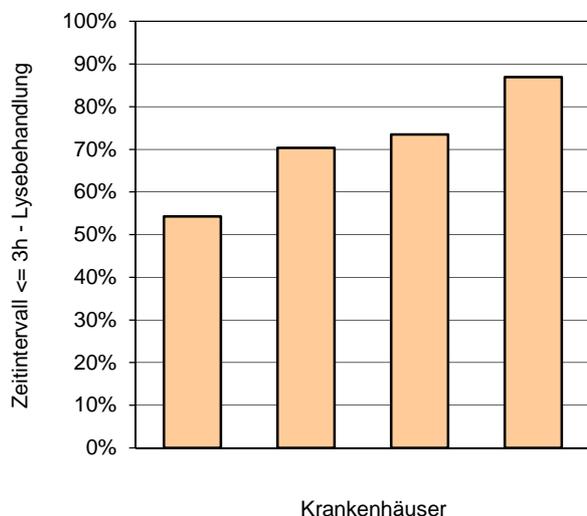
¹ Aufgrund von Änderungen in den Spezifikationen sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2018/apo_hh/83311]:

Anteil von Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie an allen Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis ≤ 3 Stunden und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

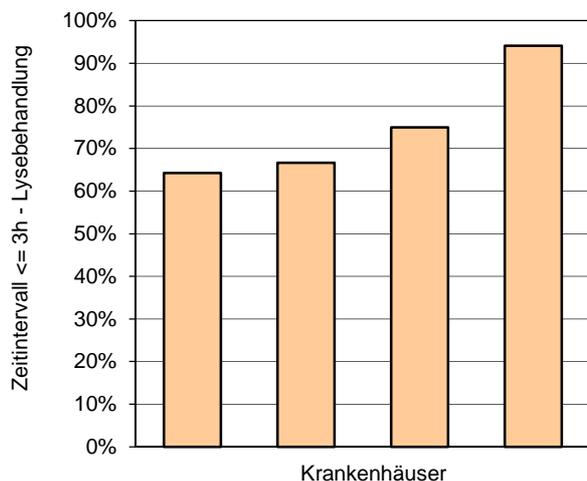
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	54,3	54,3	54,3	62,3	71,9	80,2	87,0	87,0	87,0

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
	64,3	64,3	64,3	65,5	70,8	84,6	94,1	94,1	94,1

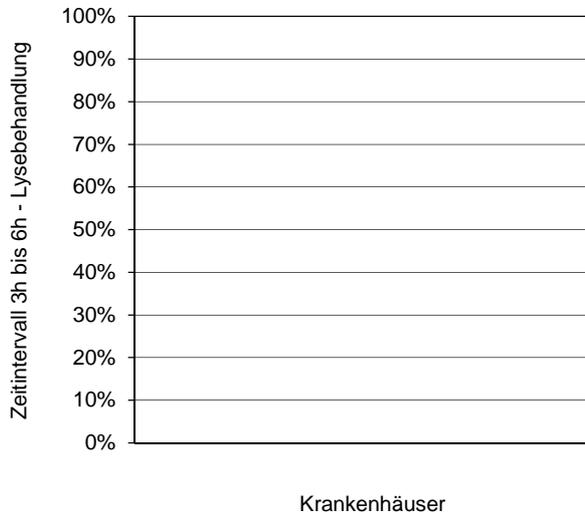
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2018/apo_hh/83312]:

Anteil von Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie an allen Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 bis 6 Stunden und NIHSS >=4 und <=25 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

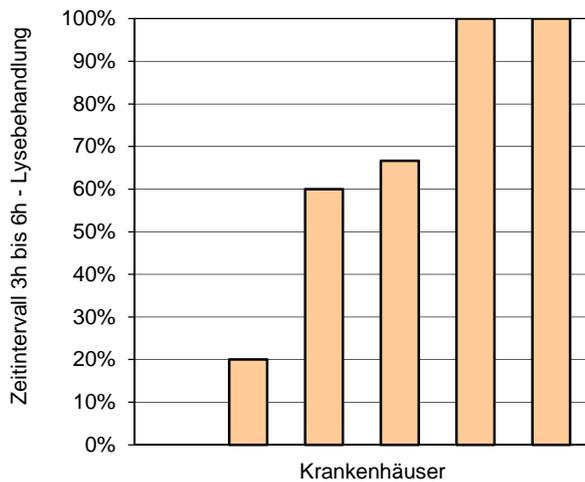
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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	20,0	63,3	100,0	100,0	100,0	100,0

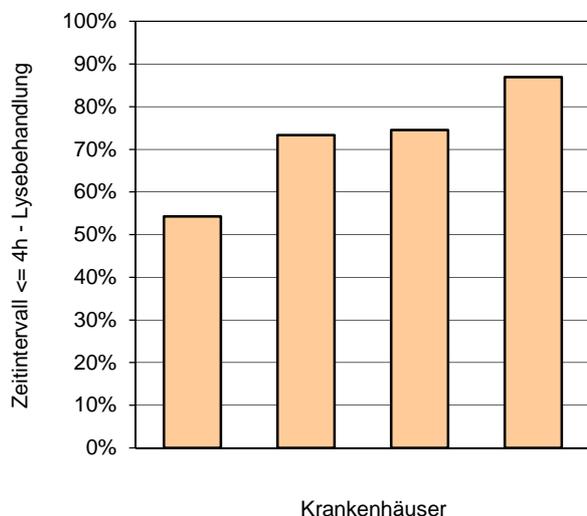
8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9c, Indikator-ID 2018/apo_hh/103506]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

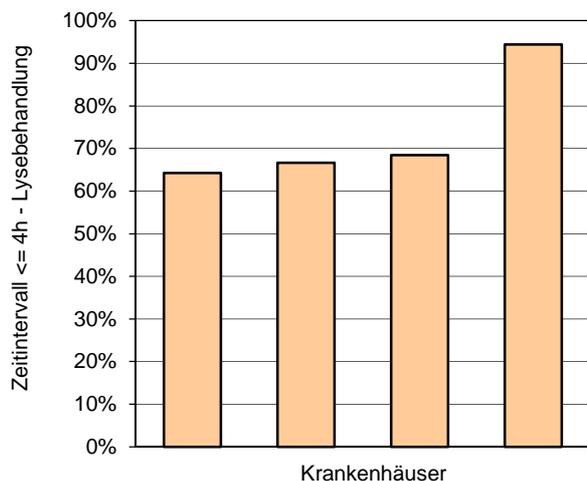
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	54,3	54,3	54,3	63,8	73,9	80,7	87,0	87,0	87,0

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
	64,3	64,3	64,3	65,5	67,5	81,4	94,4	94,4	94,4

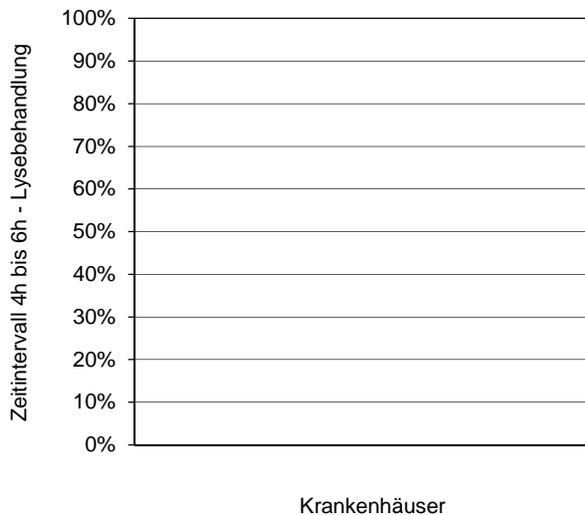
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9d, Indikator-ID 2018/apo_hh/103507]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

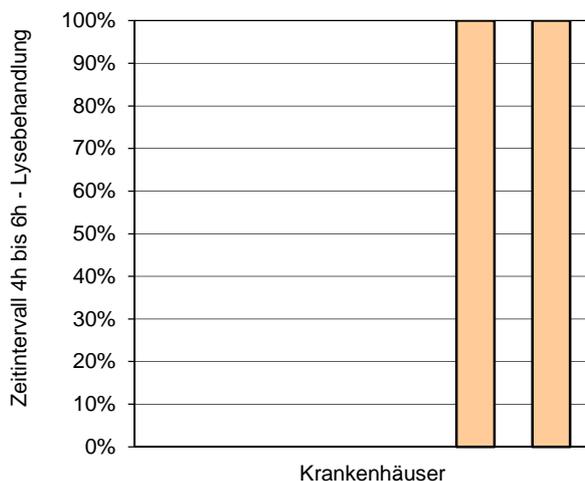
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			89 / 190	46,8%
Vertrauensbereich				39,6% - 54,2%
Referenzbereich		>= 35,0%		>= 35,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			157 / 190	82,6%
Vertrauensbereich				76,5% - 87,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

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

¹ Aufgrund von Änderungen in den Spezifikationen sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

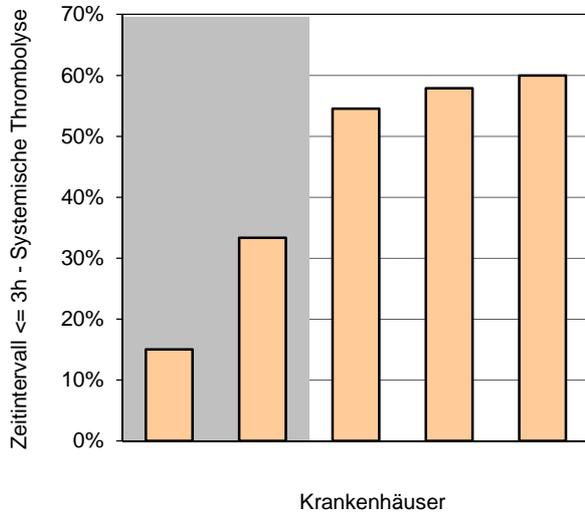
	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			68 / 190 35,8%	68 / 190 35,8%
> 1 - 2 Stunden			20 / 190 10,5%	20 / 190 10,5%
> 2 - 3 Stunden			3 / 190 1,6%	3 / 190 1,6%
> 3 - 4 Stunden			1 / 190 0,5%	1 / 190 0,5%
> 4 - 6 Stunden			1 / 190 0,5%	1 / 190 0,5%
> 6 Stunden			8 / 190 4,2%	8 / 190 4,2%
keine Lyse durchgeführt			0 / 190 0,0%	0 / 190 0,0%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2018/apo_hh/103508]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

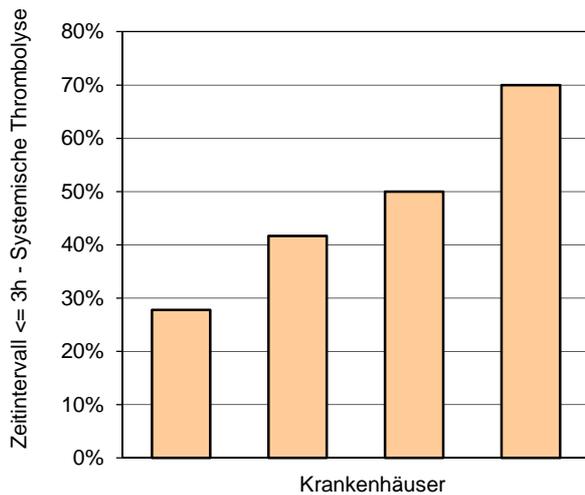
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	15,0	15,0	15,0	33,3	54,5	57,9	60,0	60,0	60,0

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
	27,8	27,8	27,8	34,7	45,8	60,0	70,0	70,0	70,0

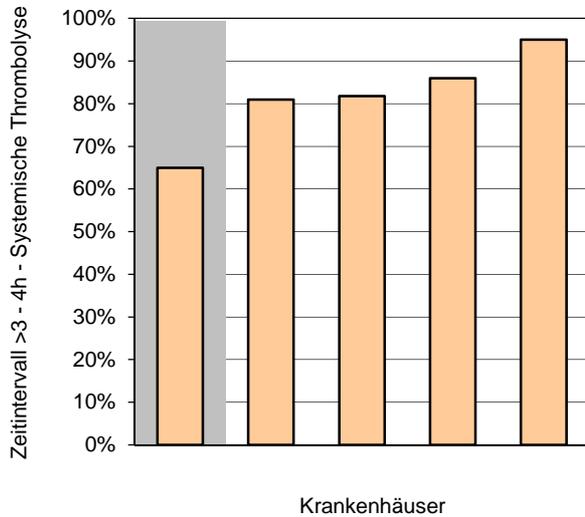
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2018/apo_hh/103509]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

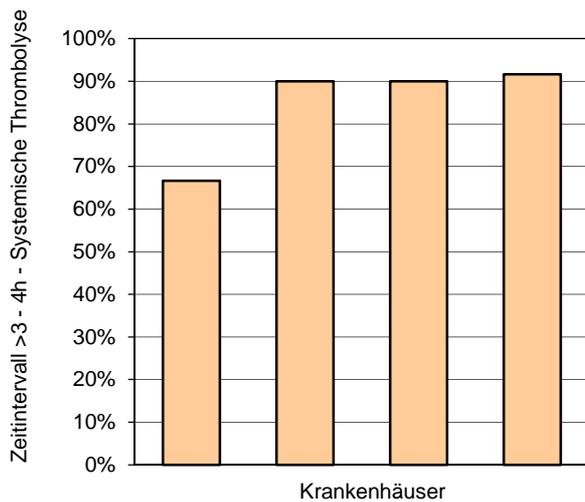
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,0	65,0	65,0	81,0	81,8	86,0	95,0	95,0	95,0

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
	66,7	66,7	66,7	78,3	90,0	90,8	91,7	91,7	91,7

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2018/apo_hh/151296

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie Vertrauensbereich Referenzbereich			20 / 85	23,5%
		nicht definiert		15,0% - 34,0% nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie Vertrauensbereich	-	-	-	-

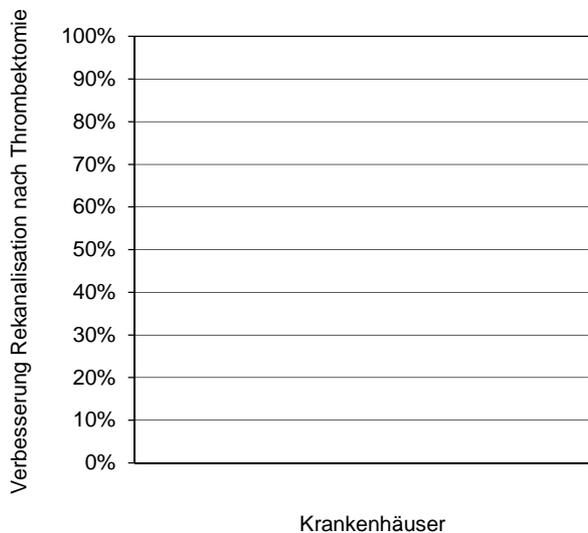
¹ Aufgrund neuer Datenfelder in der Spezifikation 2018 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2018/apo_hh/151296]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

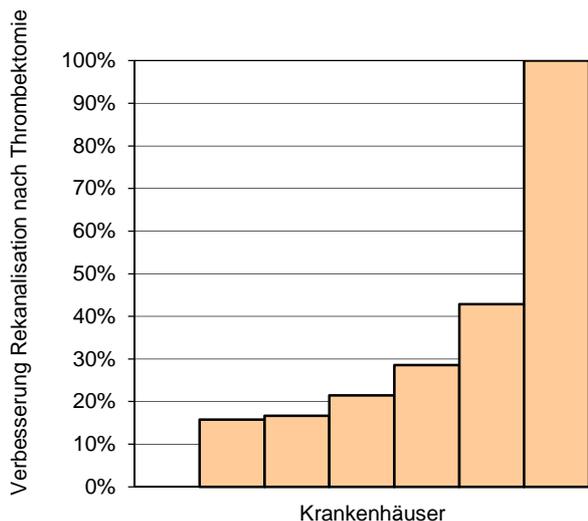
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	15,8	21,4	42,9	100,0	100,0	100,0

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2018/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 nach Thrombektomie Vertrauensbereich Referenzbereich			20 / 85	23,5%
		nicht definiert		15,0% - 34,0% nicht definiert

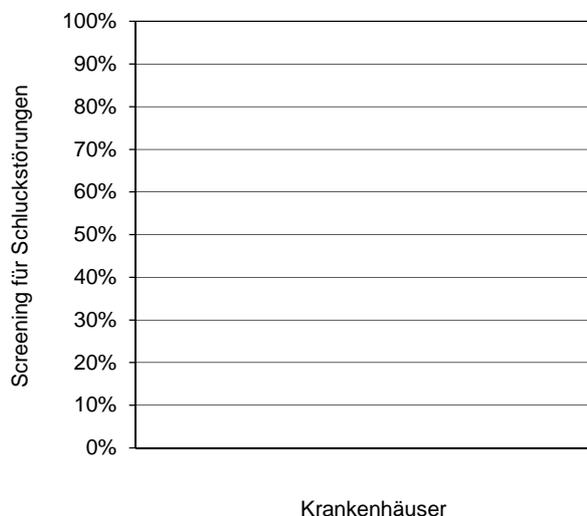
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 nach Thrombektomie Vertrauensbereich			36 / 100	36,0%
				26,6% - 46,2%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2018/apo_hh/151297]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

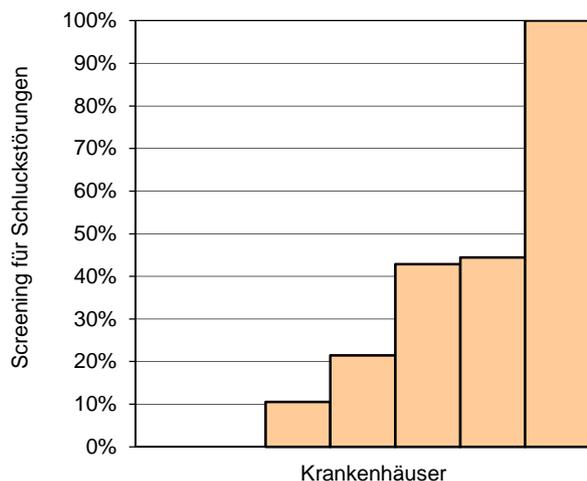
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	21,4	44,4	100,0	100,0	100,0

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

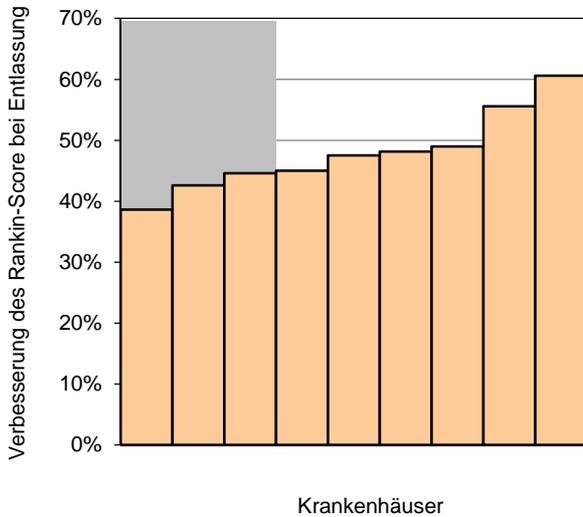
Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2018/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 45,0%

	Krankenhaus 2018 II. Quartal	Gesamt 2018 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		769 / 1.634	 47,1%
Vertrauensbereich			44,6% - 49,5%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal	Gesamt 2017 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.010 / 2.172	 46,5%
Vertrauensbereich			44,4% - 48,6%

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

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	38,6	38,6	38,6	44,6	47,5	49,0	60,6	60,6	60,6

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	51,7	60,0	72,6	78,6	78,6	78,6

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2018 II. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
0 keine Symptome						
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung						
2 geringgradige Funktionseinschränkung						
3 mässiggradige Funktionseinschränkung						
4 mittelschwere Funktionseinschränkung						
5 schwere Funktionseinschränkung						
6 Tod						

Gesamt 2018 II. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	283 17,3%	218 13,3%	85 5,2%	41 2,5%	16 1,0%	12 0,7%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	13 0,8%	117 7,2%	103 6,3%	60 3,7%	13 0,8%	8 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	10 0,6%	105 6,4%	81 5,0%	28 1,7%	6 0,4%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	3 0,2%	15 0,9%	69 4,2%	50 3,1%	11 0,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	0 0,0%	7 0,4%	10 0,6%	48 2,9%	37 2,3%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	3 0,2%	15 0,9%	68 4,2%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin bei Entlassung					

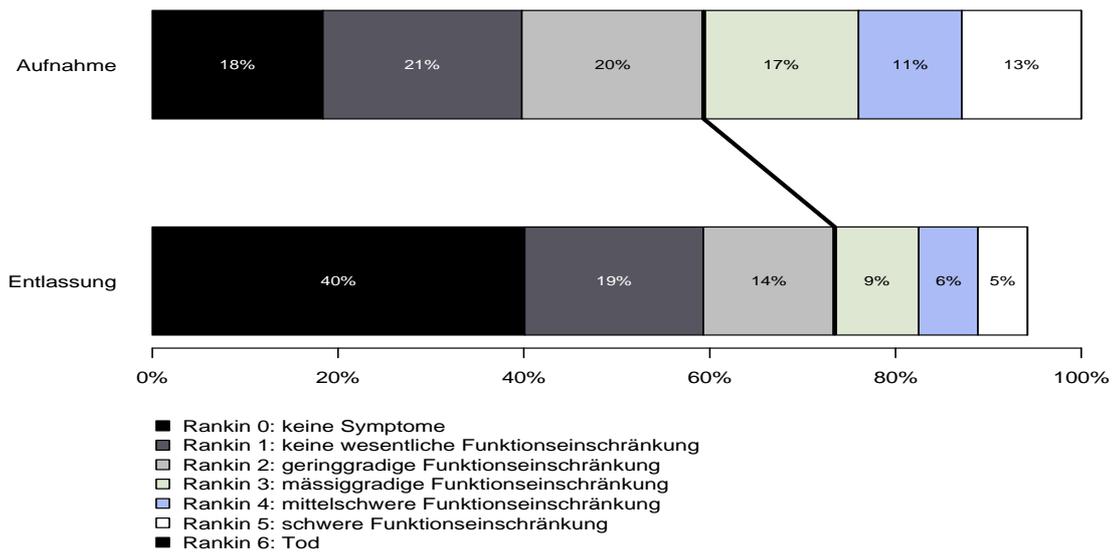
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2017 II. Quartal**

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

Vorjahresdaten
Gesamt 2017 II. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	363 16,7%	224 10,3%	120 5,5%	52 2,4%	17 0,8%	12 0,6%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	20 0,9%	167 7,7%	158 7,3%	56 2,6%	29 1,3%	15 0,7%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,2%	25 1,2%	137 6,3%	119 5,5%	49 2,3%	13 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	10 0,5%	86 4,0%	71 3,3%	22 1,0%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	4 0,2%	4 0,2%	18 0,8%	74 3,4%	53 2,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	3 0,1%	7 0,3%	18 0,8%	115 5,3%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin bei Entlassung					

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2018/apo_hh/83295

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

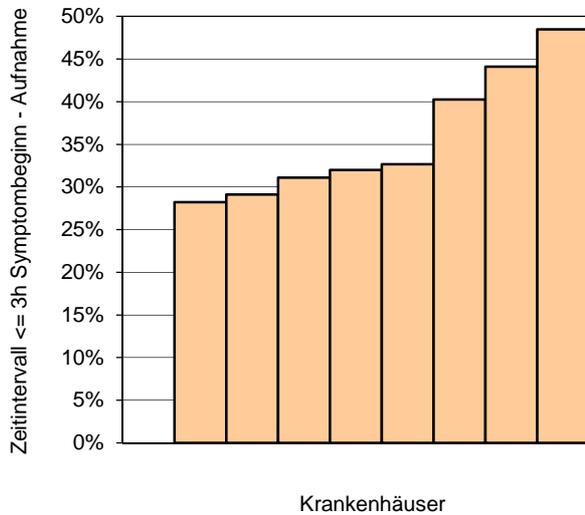
	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			0 / 1.634	0,0%
> 2 - <= 3 Stunden			97 / 1.634	5,9%
> 3 - <= 6 Stunden			84 / 1.634	5,1%
> 6 - <= 24 Stunden			149 / 1.634	9,1%
> 24 - <= 48 Stunden			46 / 1.634	2,8%
> 48 Stunden			80 / 1.634	4,9%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			544 / 1.634	33,3%
Vertrauensbereich				31,0% - 35,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Aufgrund geänderter Spezifikation sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

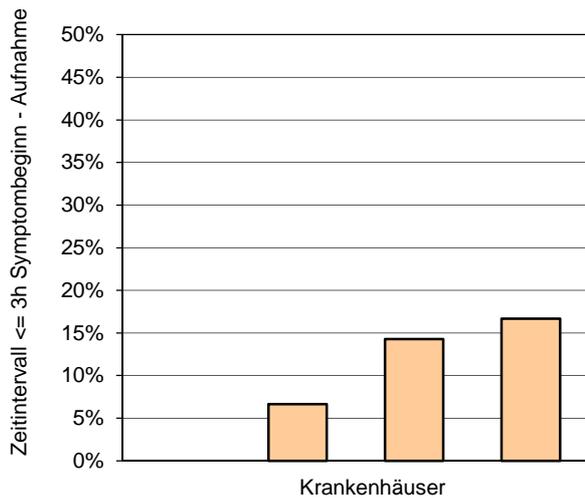
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm KennZ_1, Indikator-ID 2018/apo_hh/83295]:
Anteil von Patienten mit ETDT <= 3 Stunden an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 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	29,1	32,0	40,3	48,5	48,5	48,5

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	3,3	10,5	15,5	16,7	16,7	16,7

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

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

Indikator-ID: 2018/apo_hh/151304

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			2 / 84	2,4%
> 30 - <= 60 Minuten			9 / 84	10,7%
> 60 - <= 90 Minuten			22 / 84	26,2%
> 90 - <= 120 Minuten			23 / 84	27,4%
> 120 - <= 180 Minuten			19 / 84	22,6%
> 180 Minuten			9 / 84	10,7%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			11 / 84	13,1%
Vertrauensbereich				6,7% - 22,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

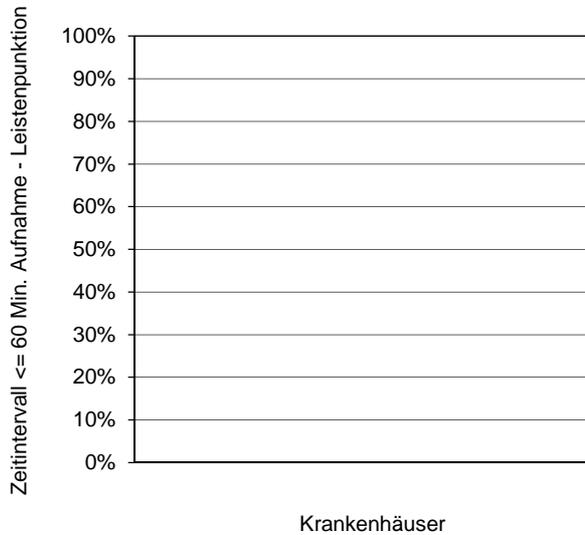
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			27 / 99	27,3%
Vertrauensbereich				18,8% - 37,2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm KennZ_2, Indikator-ID 2018/apo_hh/151304]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

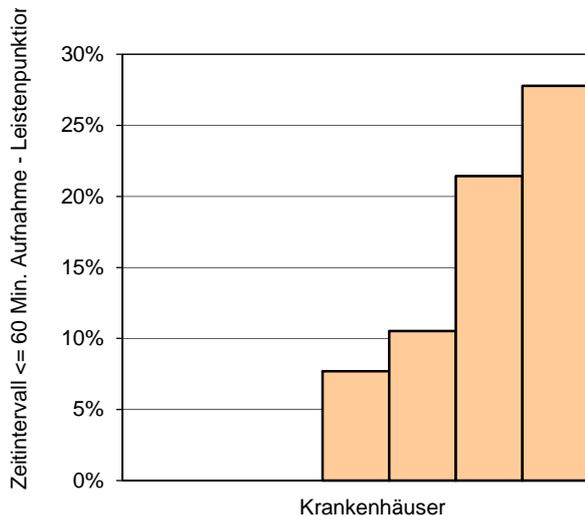
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	21,4	27,8	27,8	27,8

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl 3: Door-to-door-time

Qualitätsziel: Möglichst kurze Verweildauer im Krankenhaus bis zur Verlegung zur Thrombektomie in ein anderes Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre, mit TIA sowie mit Bewusstseinsstörungen und Entlassungsgrund ist Tod)

Indikator-ID: 2018/apo_hh/151311

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

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung				
0 - <= 2 Stunden			3 / 6	50,0%
> 2 - <= 3 Stunden			0 / 6	0,0%
> 3 - <= 6 Stunden			1 / 6	16,7%
> 6 - <= 24 Stunden			1 / 6	16,7%
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 6	0,0%
> 48 Stunden			0 / 6	0,0%
Alle Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden			5 / 6	83,3%
Vertrauensbereich				35,8% - 99,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

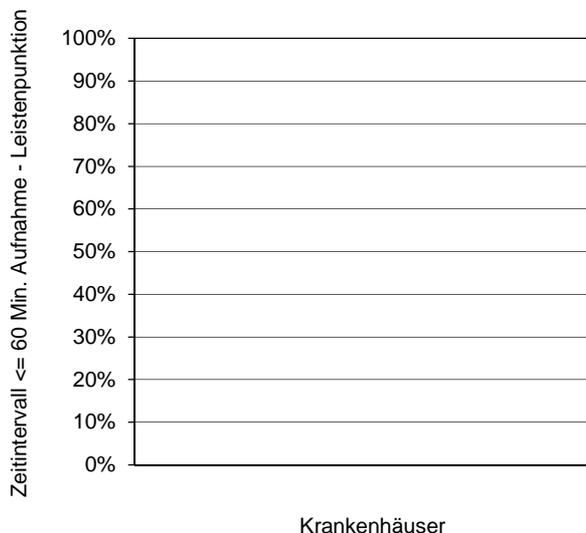
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm KennZ_3, Indikator-ID 2018/apo_hh/151311]:
Anteil an Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

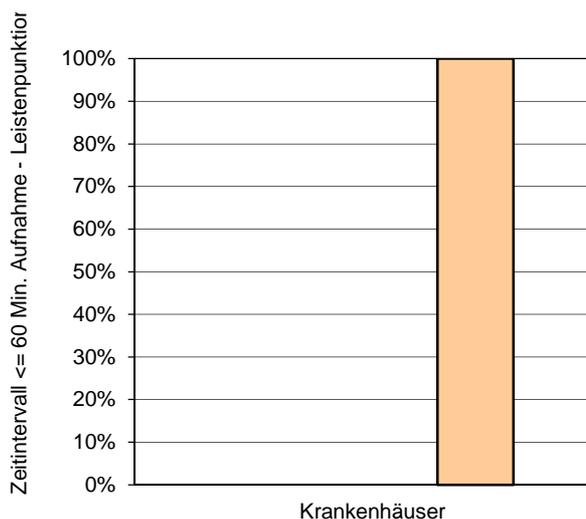
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			2.015	100,0	2.707	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.015		2.707	

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

Patienten

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.631		2.133	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>76,0 Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			826	50,6	1.111	52,1
weiblich			805	49,4	1.022	47,9

Aufnahme

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			1.624 / 1.634	99,4	2.121 / 2.172	97,7
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			3 / 1.634	0,2	39 / 2.172	1,8
ja, aber Patient wurde zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			7 / 1.634	0,4	12 / 2.172	0,6
nein, keine stationäre Aufnahme			0 / 1.634	0,0	0 / 2.172	0,0
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.266	77,5	1.694	78,0
Sonnabend oder Sonntag			368	22,5	478	22,0
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			538	32,9	698	32,1
nein			1.051	64,3	1.393	64,1
nicht bestimmbar			45	2,8	81	3,7
Sprachstörung						
ja			380	23,3	493	22,7
nein			1.215	74,4	1.618	74,5
nicht bestimmbar			39	2,4	61	2,8
Motorische Ausfälle						
ja			772	47,2	957	44,1
nein			838	51,3	1.184	54,5
nicht bestimmbar			24	1,5	31	1,4
Schluckstörung						
ja			204	12,5	339	15,6
nein			1.310	80,2	1.667	76,7
nicht bestimmbar			120	7,3	166	7,6
Bewusstseinsstörung						
ja			142	8,7	991	45,6
nein			1.484	90,8	1.174	54,1
nicht bestimmbar			8	0,5	7	0,3

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt ¹						
ja			955	58,4	-	-
nein			679	41,6	-	-
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme²						
<= 1 Stunde			263	27,5	-	-
> 1 - <= 2 Stunden			184	19,3	-	-
> 2 - <= 3 Stunden			97	10,2	-	-
> 3 - <= 3,5 Stunden			32	3,4	-	-
> 3,5 - <= 4 Stunden			17	1,8	-	-
> 4 - <= 6 Stunden			35	3,7	-	-
> 6 - <= 24 Stunden			149	15,6	-	-
> 24 - <= 48 Stunden			46	4,8	-	-
> 48 Stunden			80	8,4	-	-
wake up stroke ²						
ja			219	32,3	-	-
nein			457	67,3	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

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

Diagnostik

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			10	0,6	12	0,6
1. Bildgebung extern			46	2,8	135	6,2
1. Bildgebung intern			1.578	96,6	2.025	93,2
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			885	56,1	1.298	64,1
CCT mit CTA			625	39,6	625	30,9
MRT			31	2,0	52	2,6
MRT mit MRA			37	2,3	48	2,4
Gefäßverschluss¹						
ja			207	12,7	-	-
nein			1.427	87,3	-	-
wenn Gefäßverschluss = ja, Art des Gefäßverschlusses¹						
Carotis T			26	12,6	-	-
M1			64	30,9	-	-
M2			40	19,3	-	-
Basilaris			7	3,4	-	-
Sonstige			70	33,8	-	-
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar da Verlegung			15	0,9	32	1,5
<= 24 Stunden			681	41,7	873	40,2
> 24 Stunden			938	57,4	1.267	58,3
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße						
extrakraniell			1.562	95,6	2.052	94,5
Intrakraniell			1.534	93,9	2.037	93,8
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt						
ja			1.286	78,7	1.842	84,8
nein			337	20,6	300	13,8
nicht durchführbar			11	0,7	30	1,4
Vorhofflimmern						
			594	36,4	562	25,9
Komplikationen - Pneumonie						
nein			1.525		2.008	
ja			109		164	

¹ neues Datenfeld in 2018

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis						
nein			1.593	97,5	2.099	96,6
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			21	1,3	29	1,3
Stenting im Verlauf			10	0,6	22	1,0
TEA			10	0,6	22	1,0
Erfolgreiche Rekanalisation ¹						
TICI = IIb/III						
ja			38	2,3	-	-
nein			222	13,6	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

Diagnose(n) ICD-10-GM 2018¹

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.033	63,2	1.404	64,6
TIA			495	30,3	628	28,9
ICB			106	6,5	140	6,4
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			300	18,4	391	18,0
Rankin 1			350	21,4	427	19,7
Rankin 2			320	19,6	437	20,1
Rankin 3			272	16,6	344	15,8
Rankin 4			182	11,1	273	12,6
Rankin 5			210	12,9	300	13,8
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			655	40,1	788	36,3
Rankin 1			314	19,2	445	20,5
Rankin 2			231	14,1	348	16,0
Rankin 3			148	9,1	192	8,8
Rankin 4			104	6,4	153	7,0
Rankin 5			87	5,3	145	6,7

Rehabilitation

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.179	72,2	1.687	77,7
> Tag 2 nach Aufnahme			47	2,9	46	2,1
keine			408	25,0	439	20,2
Beginn Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.047	64,1	1.547	71,2
> Tag 2 nach Aufnahme			36	2,2	38	1,7
keine			551	33,7	587	27,0

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			587	35,9	607	27,9
Thrombozyten- aggregationshemmer			1.248	76,4	1.623	74,7
Antihypertensiva			1.318	80,7	1.755	80,8
Antidiabetika			288	17,6	379	17,4
Statine			1.332	81,5	1.733	79,8

Entlassung

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart						
nach Hause			1.065	65,2	1.348	62,1
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			286	17,5	420	19,3
andere Abteilung			92	5,6	91	4,2
externe Akut-Klinik			25	1,5	53	2,4
Pflegeeinrichtung			94	5,8	159	7,3
verstorben			72	4,4	101	4,7
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik						
zur Thrombektomie			9	36,0	10	18,9
zur Desobliteration der A. carotis			3	12,0	6	11,3
zur Hemikraniektomie			2	8,0	5	9,4
aus anderen Gründen			11	44,0	32	60,4
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			62	86,1	79	78,2
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.634	100,0	2.172	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>7,8 Tage</i>		<i>8,4 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>5,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.393	85,3	1.837	84,6
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			6	0,4	22	1,0
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			150	9,2	213	9,8
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			8	0,5	19	0,9
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			40	2,4	46	2,1
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			37	2,3	35	1,6
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			93	5,7	143	6,6
> 30 - <= 60 Minuten			72	4,4	105	4,8
> 1 - <= 2 Stunden			22	1,3	16	0,7
> 2 - <=3 Stunden			3	0,2	4	0,2
> 3 - <=4 Stunden			1	0,1	1	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			1	0,1	2	0,1
> 6 Stunden			12	0,7	29	1,3
keine Lyse durchgeführt			1.393	85,3	1.837	84,6
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			643	39,4	830	38,2
> 30 - <= 60 Minuten			259	15,9	296	13,6
> 1 - <= 3 Stunden			387	23,7	516	23,8
> 3 - <= 6 Stunden			167	10,2	230	10,6
> 6 Stunden			117	7,2	217	10,0
1. Bildgebung vor Aufnahme			46	2,8	135	6,2
keine Bildgebung erfolgt			10	0,6	12	0,6
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			891	54,5	1.224	56,4
3 - 8 (mittel)			445	27,2	567	26,1
9 - 20 (schwerwiegend)			209	12,8	281	12,9
> 20 (sehr schwerwiegend)			74	4,5	80	3,7
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal		Gesamt 2017 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.332	81,5	1.733	79,8
Antihypertensiva			1.318	80,7	1.755	80,8
Antidiabetika			288	17,6	379	17,4
keine Angabe			0	0,0	0	0,0
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.381	84,5	1.792	82,5
Pflege zu Hause			116	7,1	190	8,7
Pflege in Institution			137	8,4	190	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.

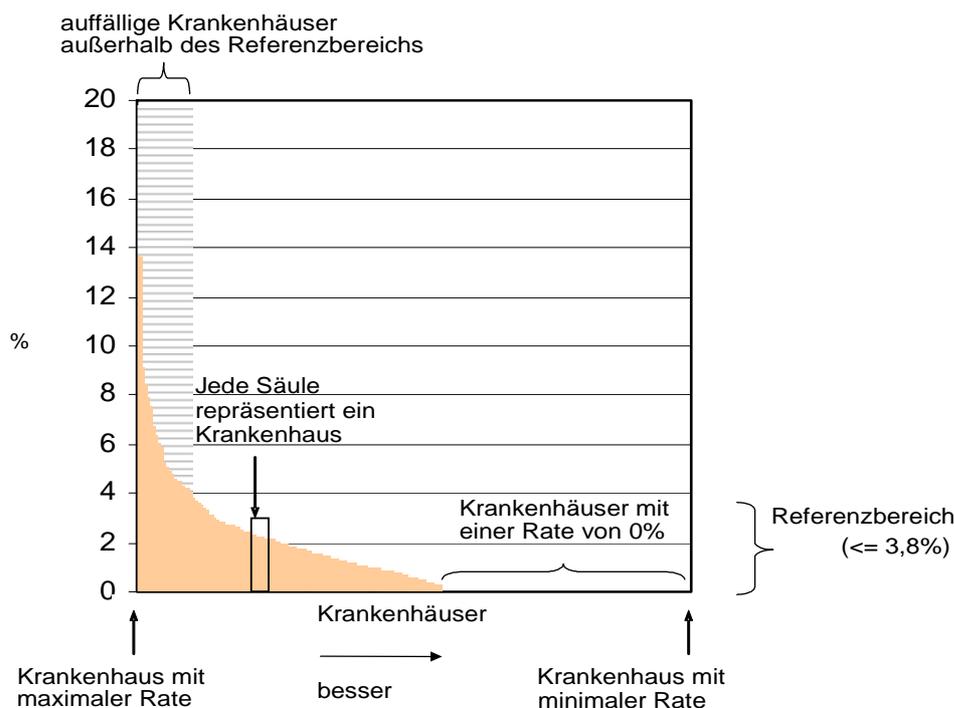
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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