

Auswertung 3. Quartal 2018 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 11
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.753
Datensatzversion: apo_hh 2018 2.1
Datenbankstand: 01. November 2018
2018 - D17570-L111280-P53263

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 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 2017 im III. 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			92,7%	>= 80,0%	7
2018/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			93,9%	>= 80,0%	9
2018/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			84,9%	>= 90,0%	11
2018/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			98,2%	>= 75,0%	13
2018/apo_hh/83292 QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA			97,7%	>= 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			3,2%	<= 4,0%	17
2018/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			23,4%	<= 25,0%	17
2018/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			86,5%	>= 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			79,1%	>= 65,0%	24
2018/apo_hh/103491 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			62,7%	>= 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			69,4%	nicht definiert	28
2018/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. > 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			33,3%	nicht definiert	28
2018/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			68,5%	>= 50,0%	28
2018/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, Intervall Ereign. - Aufn. > 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			0,0%	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			44,7%	>= 35,0%	34
2018/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde			84,1%	>= 80,0%	34
2018/apo_hh/151296					
QI 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie			25,3%	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			28,0%	nicht definiert	40
2018/apo_hh/83372 QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			43,6%	>= 45,0%	42
2018/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			34,6%	nicht definiert	49
2018/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			19,2%	nicht definiert	51
2018/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden			50,0%	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 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			368 / 397	92,7%
Vertrauensbereich				89,7% - 95,1%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

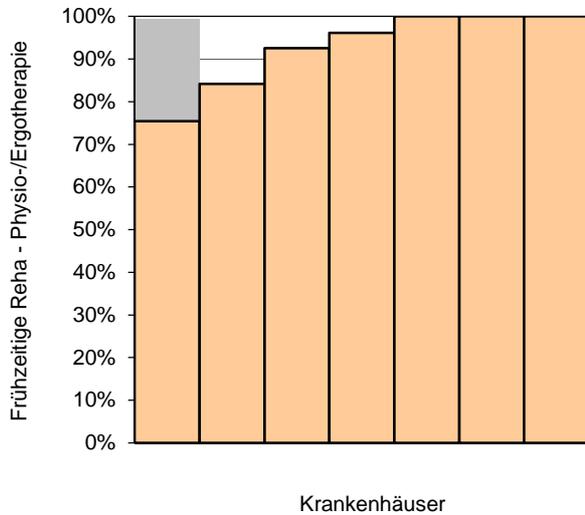
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			590 / 653	90,4%
Vertrauensbereich				87,8% - 92,5%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

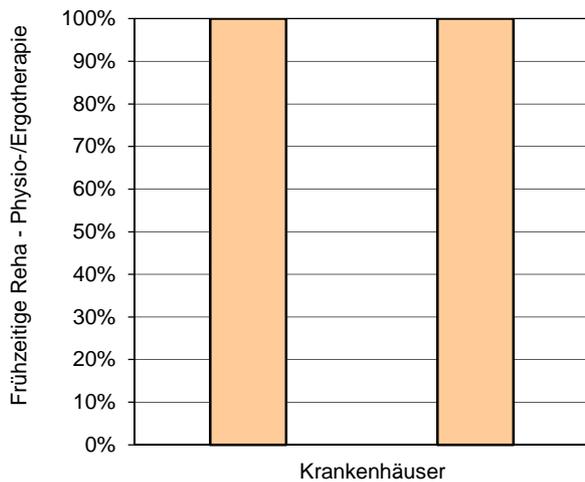
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,4	75,4	75,4	84,2	96,2	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 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 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			401 / 427	93,9%
Vertrauensbereich				91,2% - 96,0%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			635 / 701	90,6%
Vertrauensbereich				88,2% - 92,6%

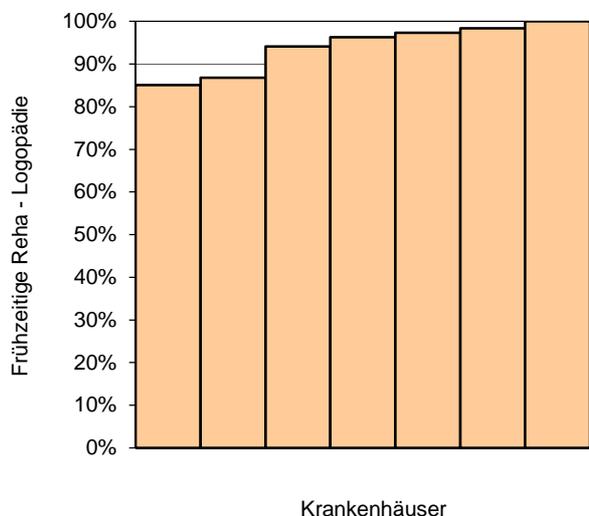
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [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:

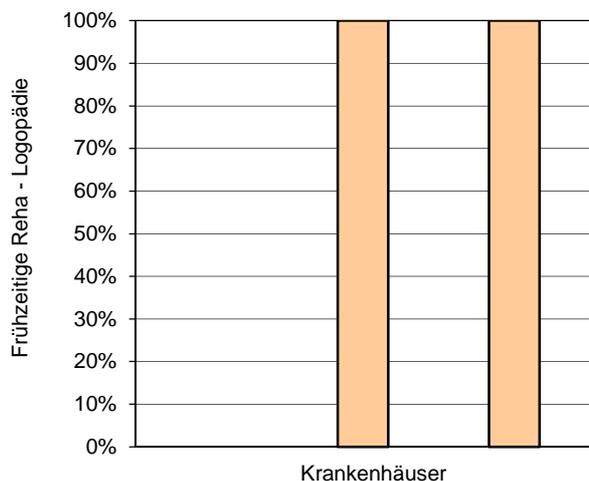
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,1	85,1	85,1	86,8	96,3	98,4	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 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%

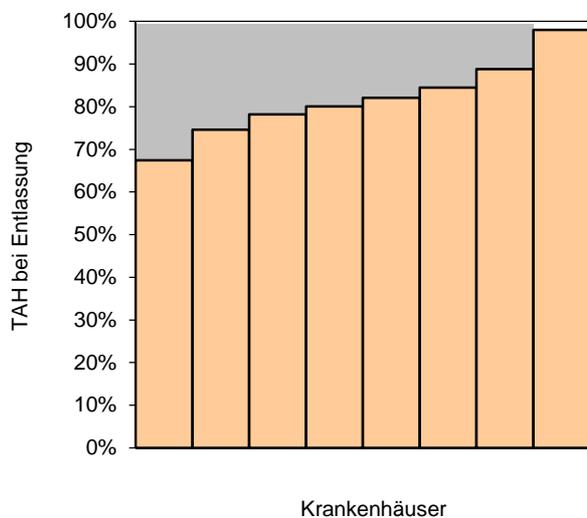
	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.144 / 1.348	84,9%
Vertrauensbereich				82,8% - 86,7%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.562 / 2.067	75,6%
Vertrauensbereich				73,7% - 77,4%

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

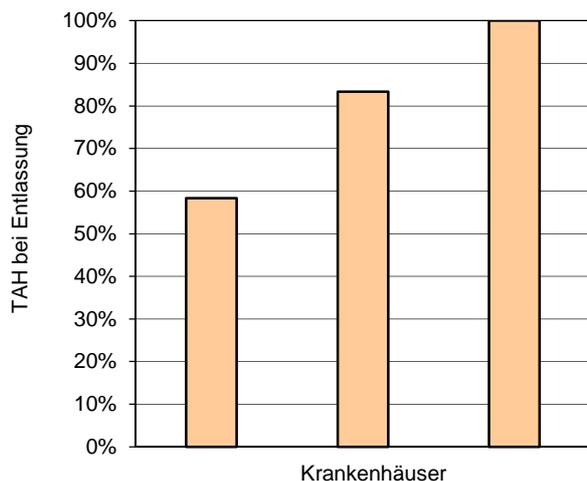
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten < 18 Jahre und Entlassungsgrund Tod)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	67,4	67,4	67,4	76,4	81,1	86,7	98,0	98,0	98,0

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
	58,3	58,3	58,3	58,3	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Indikator-ID: 2018/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 75,0%

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			441 / 449	98,2%
Vertrauensbereich				96,5% - 99,2%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

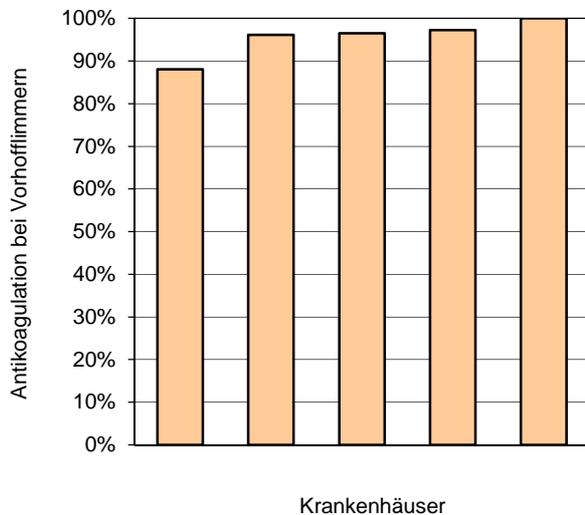
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			327 / 359	91,1%
Vertrauensbereich				87,6% - 93,8%

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:

5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,1	88,1	88,1	96,2	96,6	97,3	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
	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 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 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 Referenzbereich			1.435 / 1.469	97,7% 96,8% - 98,4% >= 90,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 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			2.209 / 2.324	95,1% 94,1% - 95,9%

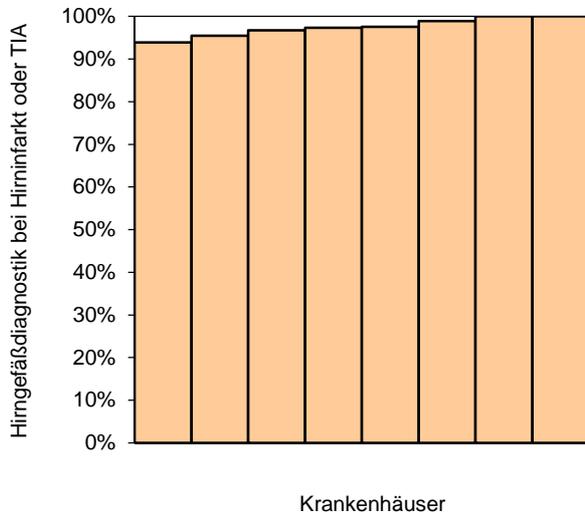
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

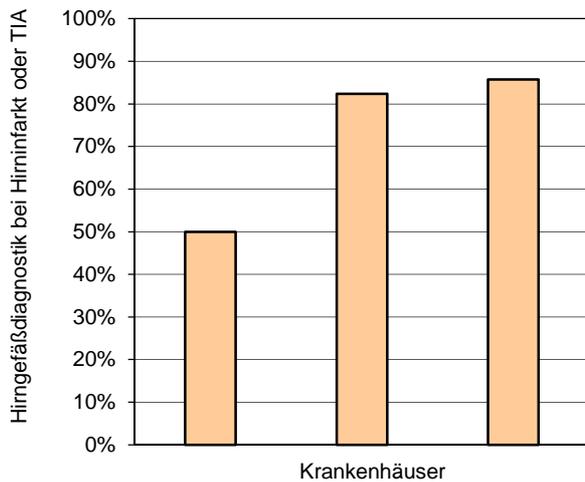
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,9	93,9	93,9	96,1	97,5	99,5	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
	50,0	50,0	50,0	50,0	82,4	85,7	85,7	85,7	85,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

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

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

Indikator-ID:
 Gruppe 1: 2018/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2018/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2018/apo_hh/83386

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

	Krankenhaus 2018 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%

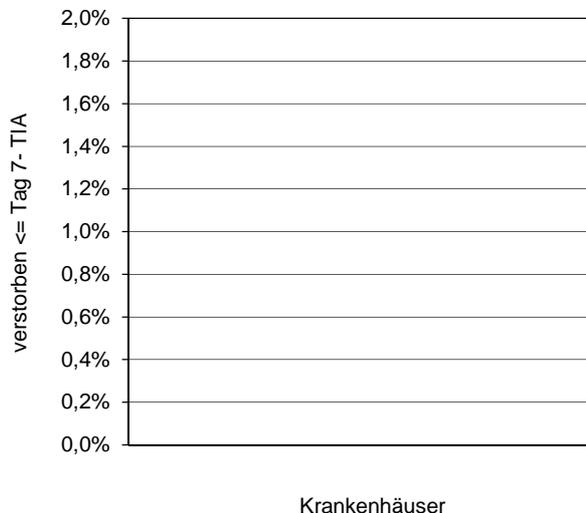
	Gesamt 2018 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 442 0,0%	30 / 951 3,2%	18 / 77 23,4%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,8%	2,1% - 4,5%	14,4% - 34,5%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 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	Gesamt 2017 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	1 / 663 0,2% 0,0% - 0,9%	55 / 1.481 3,7% 2,8% - 4,8%	30 / 181 16,6% 11,5% - 22,8%

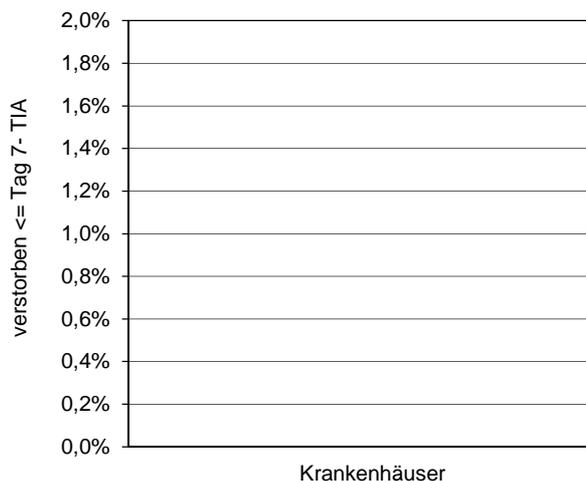
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2018/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

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



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

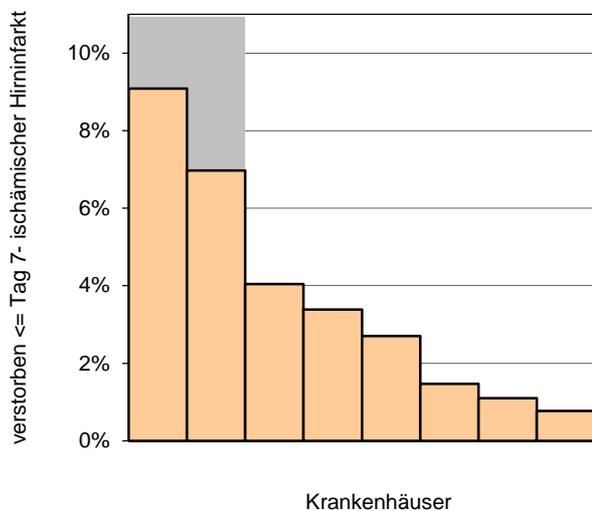
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2018/apo_hh/83385]:

Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit ischämischen Hirninfarkt

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

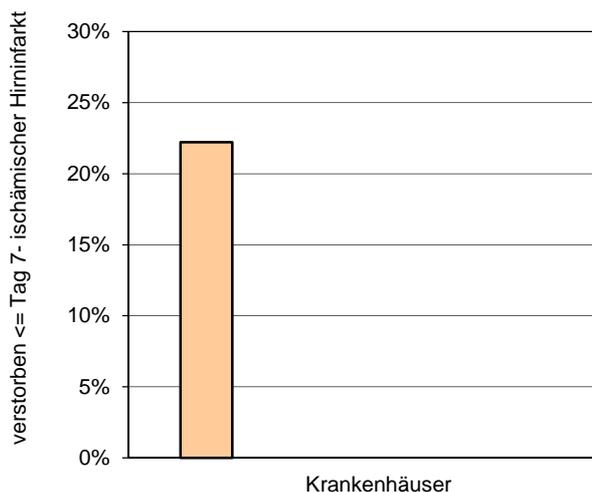
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,8	0,8	0,8	1,3	3,0	5,5	9,1	9,1	9,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



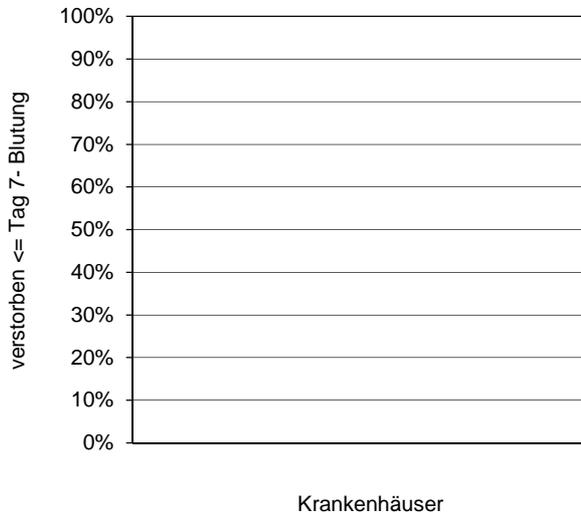
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	22,2	22,2	22,2

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:

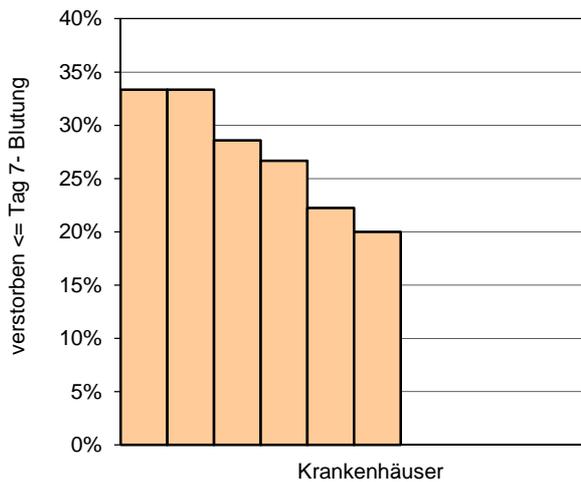
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 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	21,1	28,6	33,3	33,3	33,3

1 Krankenhaus hat 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 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			738 / 853	86,5%
Vertrauensbereich				84,0% - 88,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

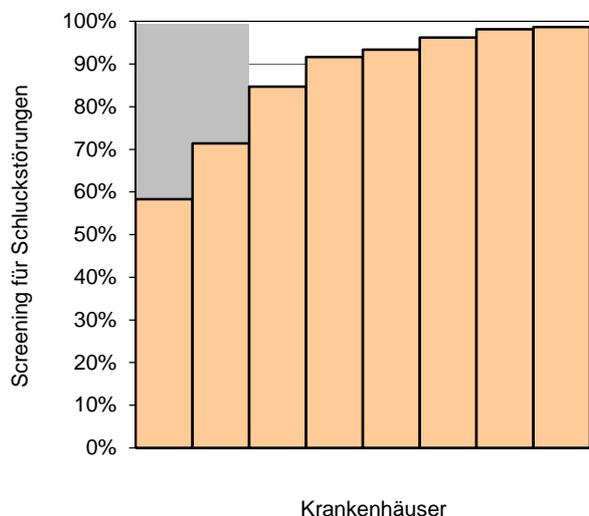
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.127 / 1.365	82,6%
Vertrauensbereich				80,4% - 84,5%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

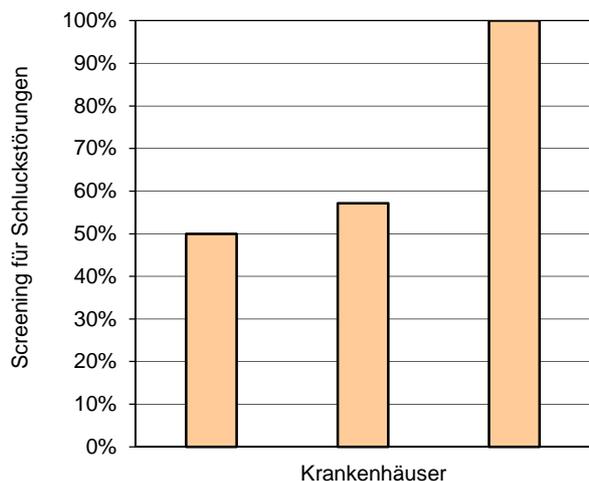
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,3	58,3	58,3	78,1	92,5	97,2	98,7	98,7	98,7

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
	50,0	50,0	50,0	50,0	57,1	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 bzw. > 3 bis 6 Stunden

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 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			216 / 273 79,1%	32 / 51 62,7%
Vertrauensbereich			73,8% - 83,8%	48,0% - 75,9%
Referenzbereich	>= 65,0%	>= 80,0%	>= 65,0%	>= 80,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. 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.

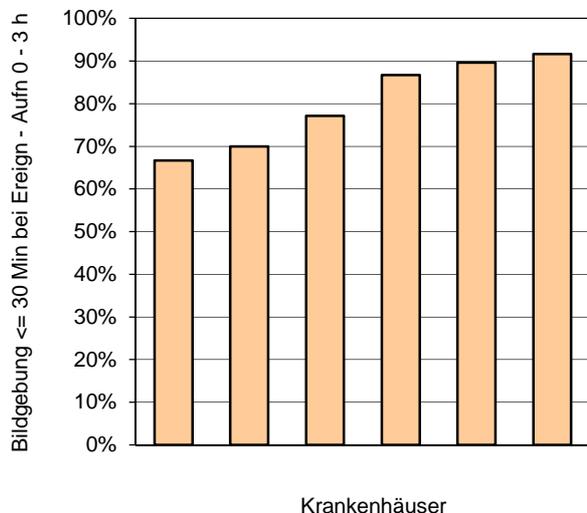
	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			22 / 273 8,1%	3 / 51 5,9%
> 1 bis 3 Stunden			21 / 273 7,7%	7 / 51 13,7%
> 3 bis 6 Stunden			5 / 273 1,8%	5 / 51 9,8%
> 6 Stunden			8 / 273 2,9%	2 / 51 3,9%
1. Bildgebung vor Aufnahme			1 / 273 0,4%	2 / 51 3,9%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 273 0,0%	0 / 51 0,0%

Verteilung der Krankhausergebnisse [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:

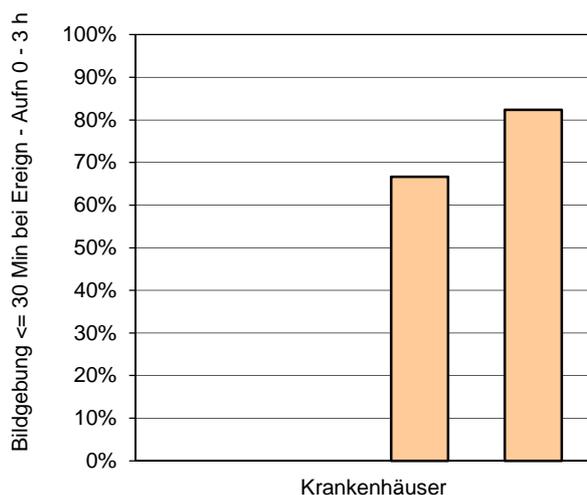
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	70,0	81,9	89,7	91,7	91,7	91,7

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	33,3	74,5	82,4	82,4	82,4

1 Krankenhaus hat 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.

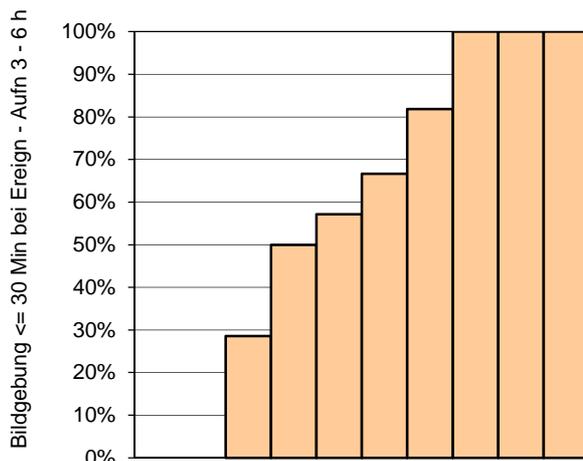


Krankenhäuser

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	28,6	61,9	100,0	100,0	100,0	100,0

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

	Gesamt 2018 III. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit Thrombolyse und/oder Thrombektomie	109 / 157 69,4%	6 / 18 33,3%	115 / 168 68,5%	0 / 7 0,0%
Vertrauensbereich	61,6% - 76,5%	13,3% - 59,1%	60,8% - 75,4%	0,0% - 41,0%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 50,0\%$	nicht definiert

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

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

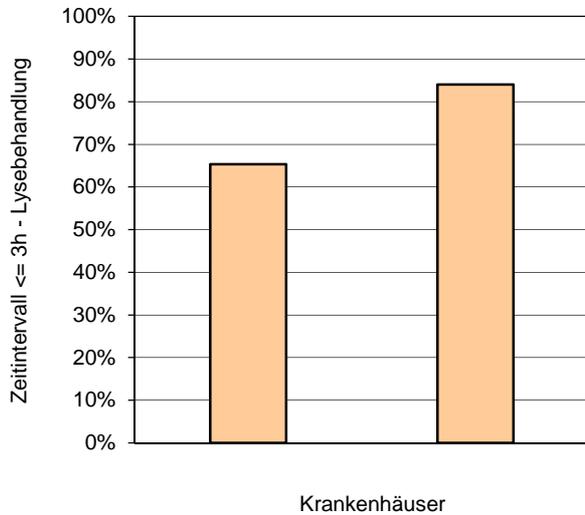
¹ Aufgrund von Änderungen in den Spezifikationen sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

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:

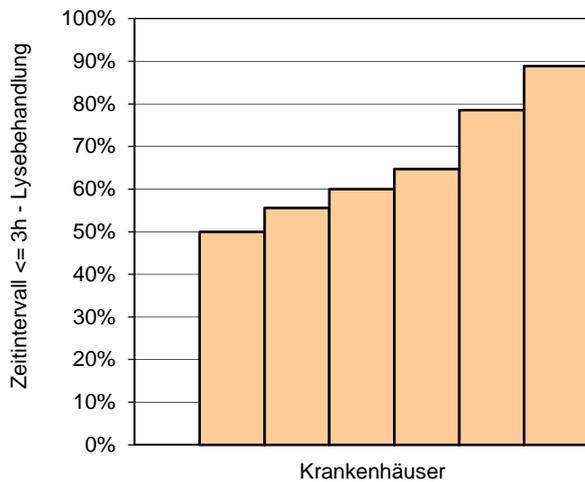
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,3	65,3	65,3	65,3	74,7	84,0	84,0	84,0	84,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



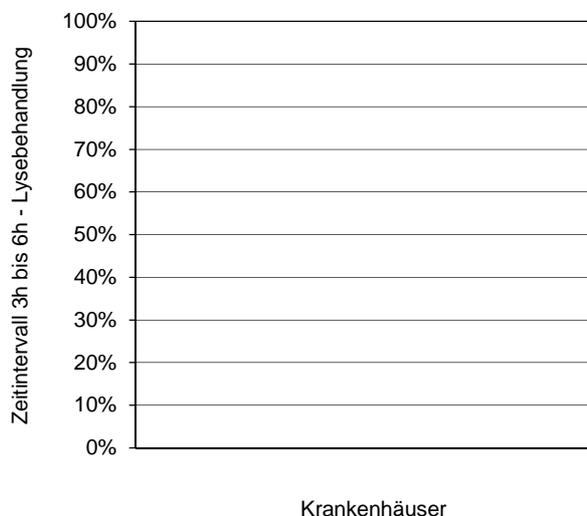
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	50,0	60,0	78,6	88,9	88,9	88,9

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

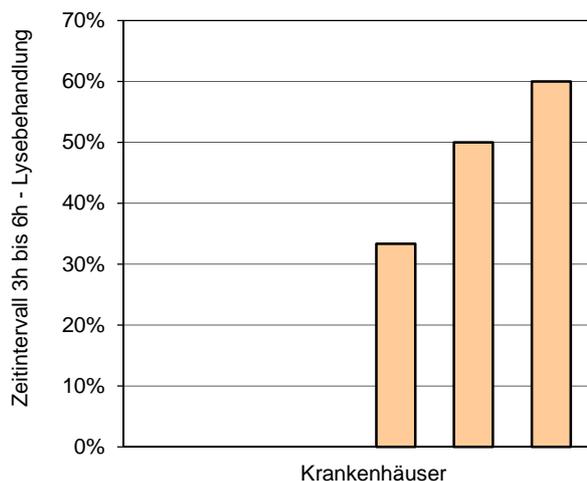
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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	16,7	50,0	60,0	60,0	60,0

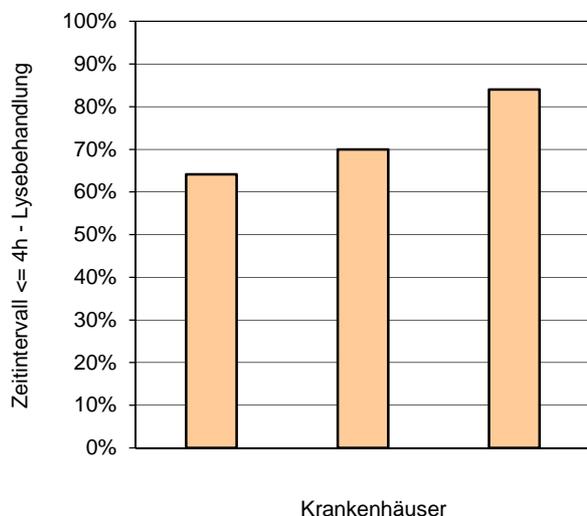
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [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:

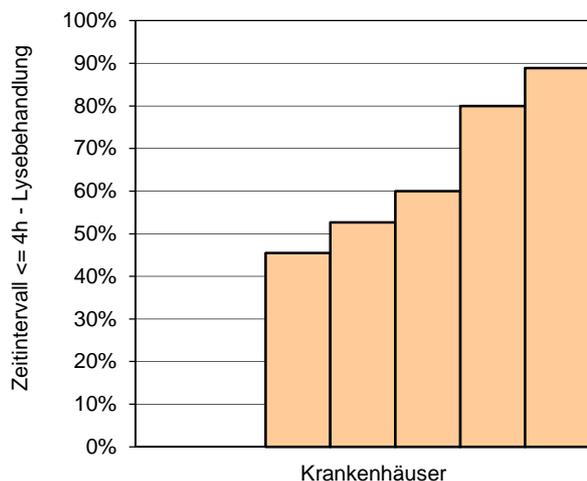
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	64,2	64,2	64,2	64,2	70,0	84,0	84,0	84,0	84,0

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	52,6	80,0	88,9	88,9	88,9

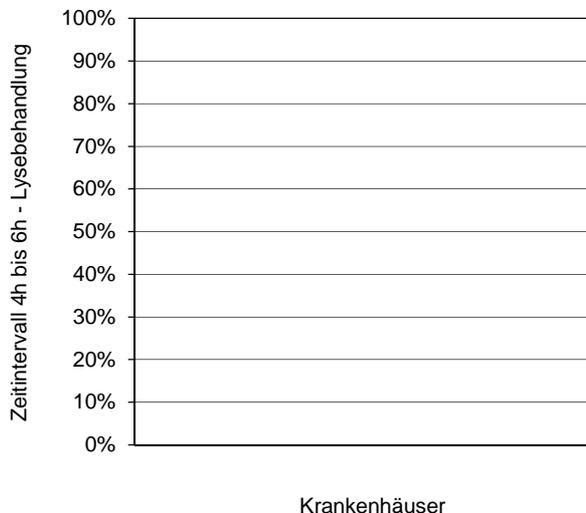
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

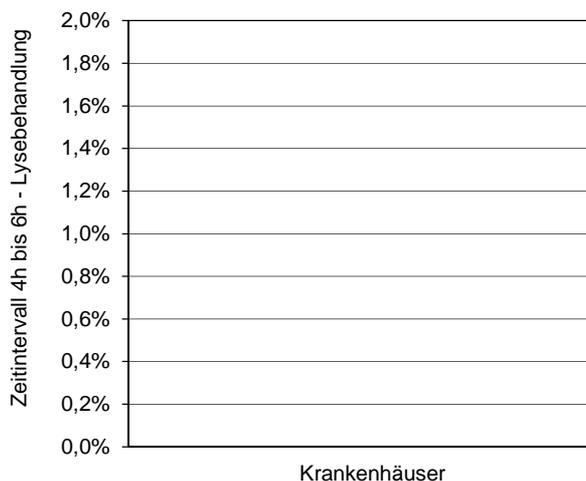
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			76 / 170	44,7%
Vertrauensbereich				37,1% - 52,5%
Referenzbereich		>= 35,0%		>= 35,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			143 / 170	84,1%
Vertrauensbereich				77,7% - 89,3%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. 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.

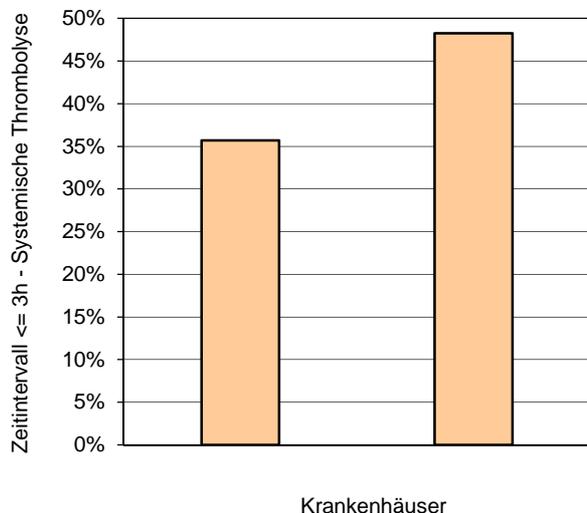
	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			67 / 170 39,4%	67 / 170 39,4%
> 1 - 2 Stunden			19 / 170 11,2%	19 / 170 11,2%
> 2 - 3 Stunden			4 / 170 2,4%	4 / 170 2,4%
> 3 - 4 Stunden			1 / 170 0,6%	1 / 170 0,6%
> 4 - 6 Stunden			0 / 170 0,0%	0 / 170 0,0%
> 6 Stunden			3 / 170 1,8%	3 / 170 1,8%
keine Lyse durchgeführt			0 / 170 0,0%	0 / 170 0,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:

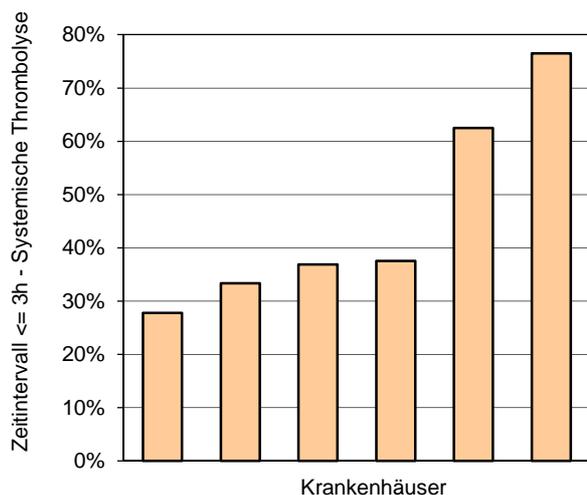
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	35,7	35,7	35,7	35,7	42,0	48,3	48,3	48,3	48,3

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
	27,8	27,8	27,8	33,3	37,2	62,5	76,5	76,5	76,5

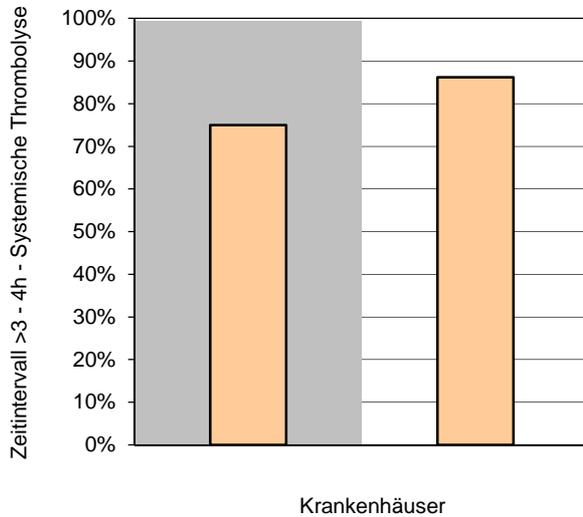
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

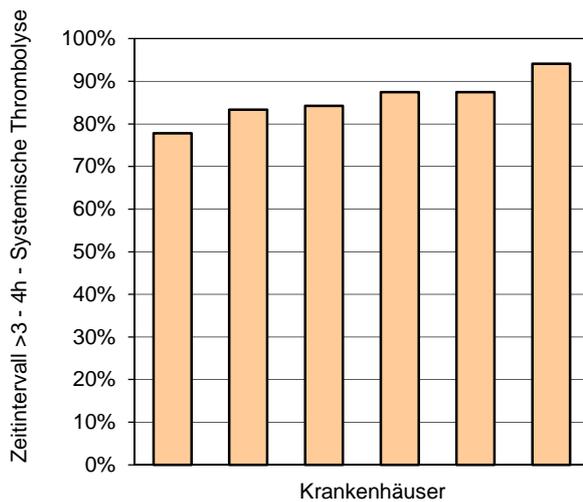
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	75,0	80,6	86,2	86,2	86,2	86,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,8	77,8	77,8	83,3	85,9	87,5	94,1	94,1	94,1

3 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 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			19 / 75	25,3%
Vertrauensbereich				16,0% - 36,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

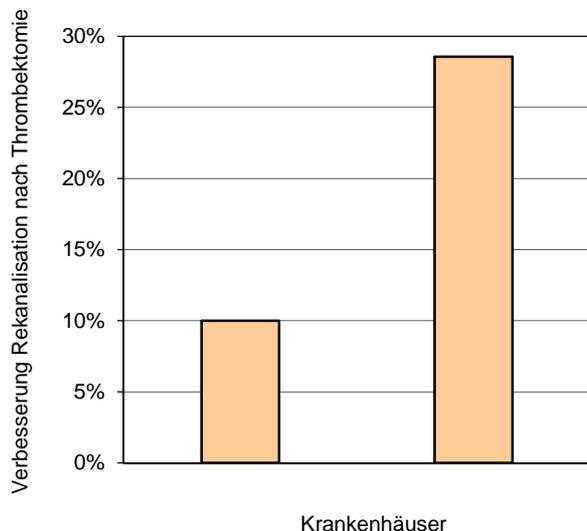
¹ Aufgrund neuer Datenfelder in der Spezifikation 2018 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

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:

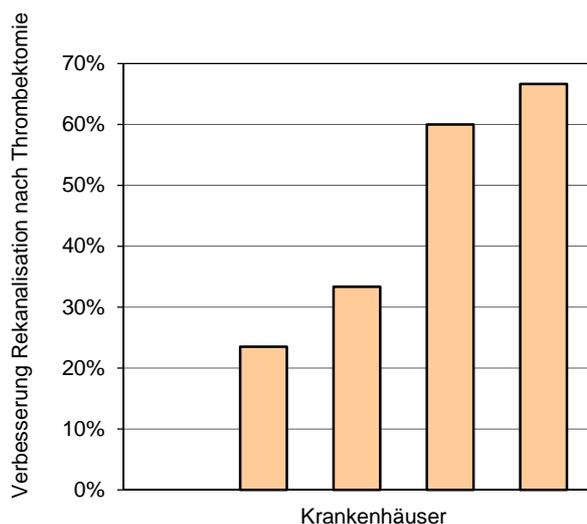
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,0	10,0	10,0	10,0	19,3	28,6	28,6	28,6	28,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	23,5	33,3	60,0	66,7	66,7	66,7

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: 2018/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 nach Thrombektomie Vertrauensbereich Referenzbereich			21 / 75	28,0%
		nicht definiert		18,2% - 39,6% nicht definiert

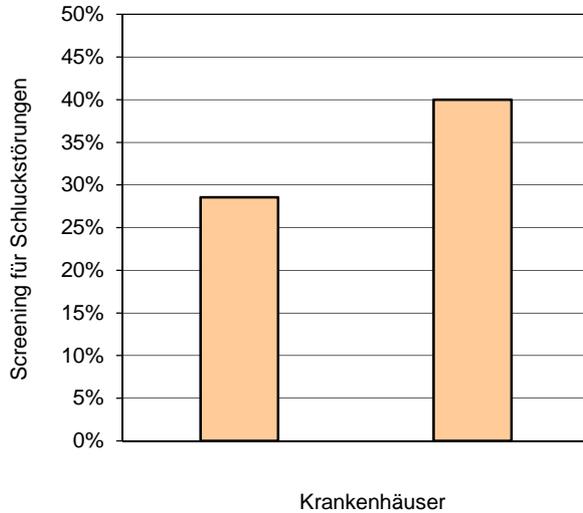
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 nach Thrombektomie Vertrauensbereich			34 / 109	31,2%
				22,6% - 40,8%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:

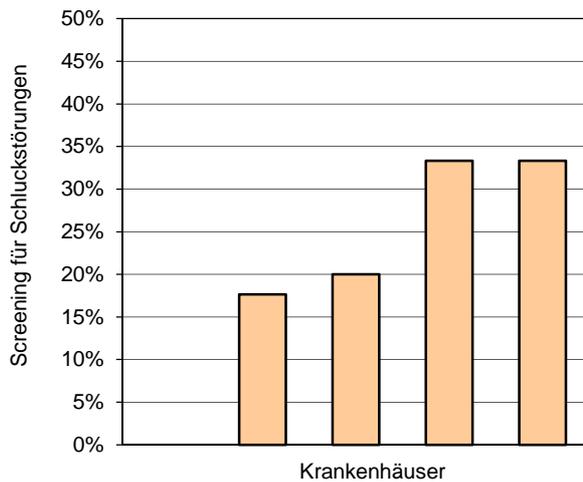
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	28,6	28,6	28,6	28,6	34,3	40,0	40,0	40,0	40,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	17,6	20,0	33,3	33,3	33,3	33,3

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

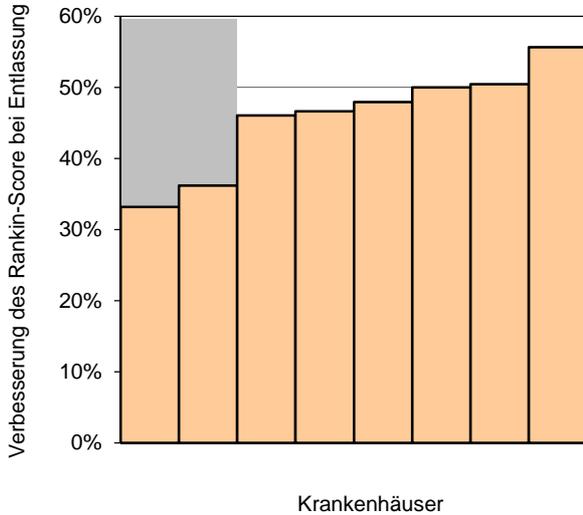
Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2018/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 45,0%

	Krankenhaus 2018 III. Quartal	Gesamt 2018 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		641 / 1.470	 43,6%
Vertrauensbereich			41,1% - 46,2%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal	Gesamt 2017 III. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.127 / 2.325	 48,5%
Vertrauensbereich			46,4% - 50,5%

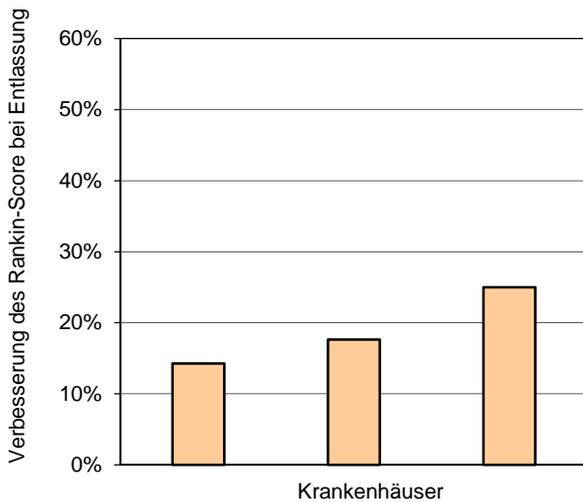
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2018/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,2	33,2	33,2	41,1	47,3	50,2	55,7	55,7	55,7

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
	14,3	14,3	14,3	14,3	17,6	25,0	25,0	25,0	25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2018 III. 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 III. 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	314 21,4%	159 10,8%	80 5,4%	39 2,7%	8 0,5%	11 0,7%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	5 0,3%	86 5,9%	97 6,6%	43 2,9%	6 0,4%	0 0,0%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	10 0,7%	113 7,7%	67 4,6%	37 2,5%	8 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	1 0,1%	6 0,4%	61 4,1%	38 2,6%	12 0,8%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	4 0,3%	9 0,6%	49 3,3%	36 2,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	3 0,2%	5 0,3%	63 4,3%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Rankin bei Entlassung						

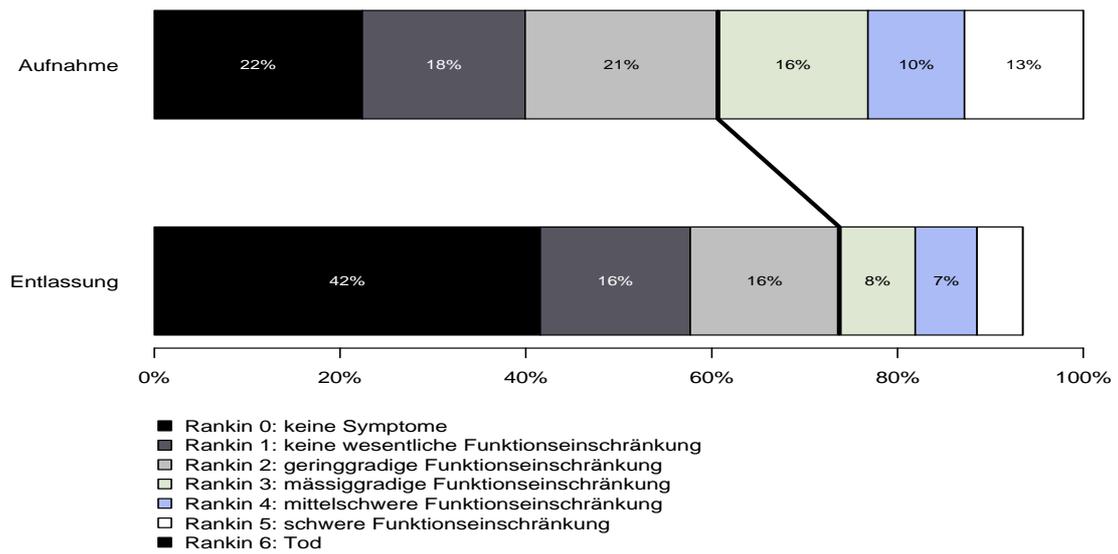
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2017 III. Quartal**

	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 III. 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	358 15,4%	252 10,8%	130 5,6%	60 2,6%	20 0,9%	15 0,6%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	22 0,9%	140 6,0%	160 6,9%	73 3,1%	31 1,3%	17 0,7%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	8 0,3%	16 0,7%	140 6,0%	154 6,6%	40 1,7%	18 0,8%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,0%	3 0,1%	19 0,8%	86 3,7%	75 3,2%	26 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	7 0,3%	10 0,4%	100 4,3%	56 2,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	8 0,3%	9 0,4%	10 0,4%	143 6,2%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rankin bei Entlassung					

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2018/apo_hh/83295

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

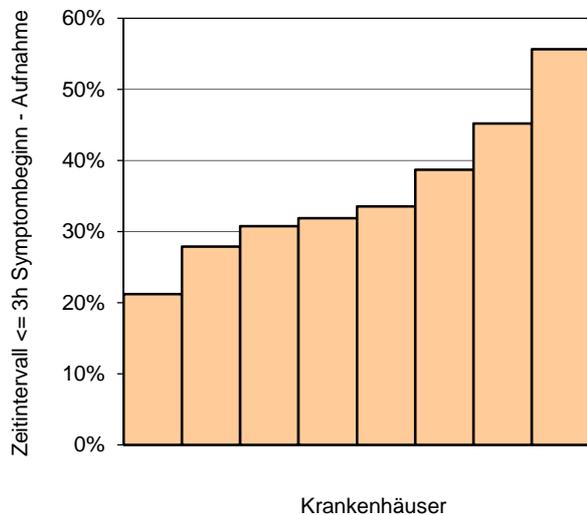
	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			4 / 1.470	0,3%
> 2 - <= 3 Stunden			76 / 1.470	5,2%
> 3 - <= 6 Stunden			102 / 1.470	6,9%
> 6 - <= 24 Stunden			120 / 1.470	8,2%
> 24 - <= 48 Stunden			52 / 1.470	3,5%
> 48 Stunden			56 / 1.470	3,8%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			508 / 1.470	34,6%
Vertrauensbereich				32,1% - 37,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

¹ Aufgrund geänderter Spezifikation sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

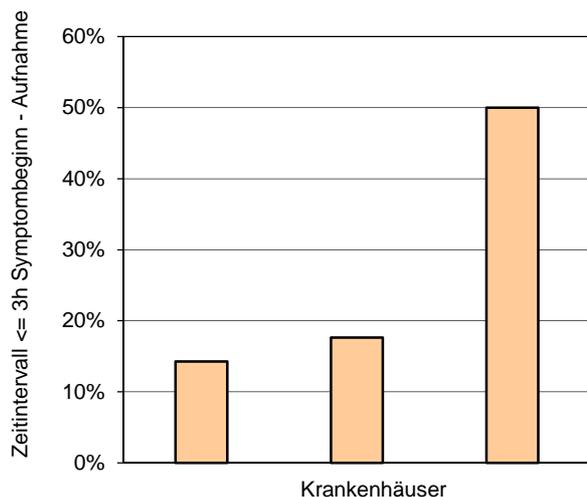
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm KennZ_1, Indikator-ID 2018/apo_hh/83295]:
Anteil von Patienten mit ETDT <= 3 Stunden an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	21,2	21,2	21,2	29,3	32,7	42,0	55,7	55,7	55,7

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
	14,3	14,3	14,3	14,3	17,6	50,0	50,0	50,0	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

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

Indikator-ID: 2018/apo_hh/151304

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

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			3 / 73	4,1%
> 30 - <= 60 Minuten			11 / 73	15,1%
> 60 - <= 90 Minuten			27 / 73	37,0%
> 90 - <= 120 Minuten			17 / 73	23,3%
> 120 - <= 180 Minuten			7 / 73	9,6%
> 180 Minuten			8 / 73	11,0%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			14 / 73	19,2%
Vertrauensbereich				10,9% - 30,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

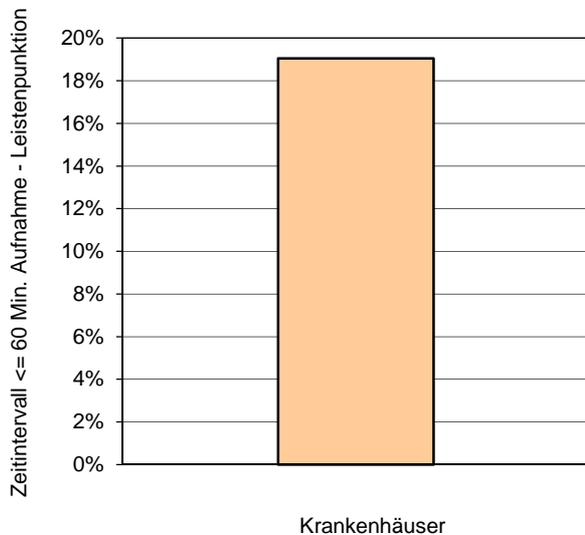
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			41 / 109	37,6%
Vertrauensbereich				28,5% - 47,4%

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:

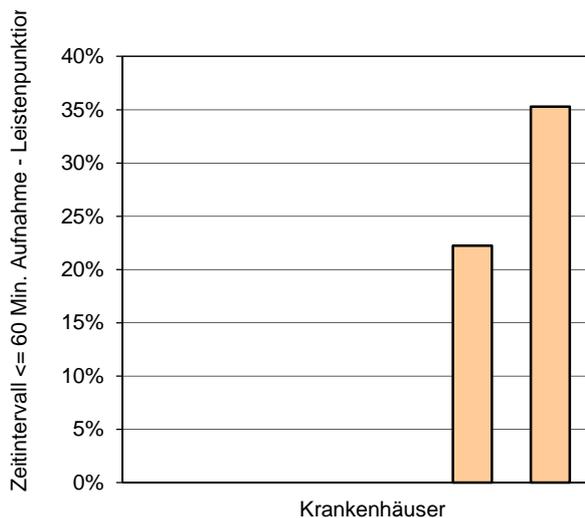
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	35,3	35,3	35,3

4 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 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung				
0 - <= 2 Stunden			1 / 4	25,0%
> 2 - <= 3 Stunden			1 / 4	25,0%
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 4	0,0%
> 6 - <= 24 Stunden			0 / 4	0,0%
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 4	0,0%
> 48 Stunden			0 / 4	0,0%
Alle Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden			2 / 4	50,0%
Vertrauensbereich				6,7% - 93,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

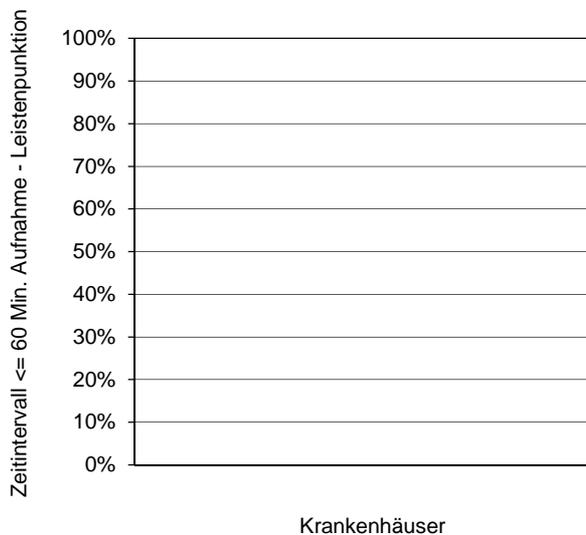
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur Thrombektomie verlegt werden	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

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:

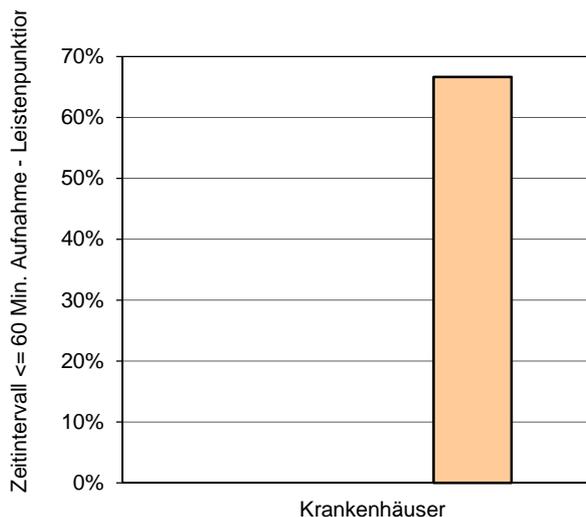
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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	33,3	66,7	66,7	66,7	66,7

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			1.753	100,0	2.789	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.753		2.789	

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

Patienten

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.467		2.214	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>76,0 Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			780	53,2	1.138	51,4
weiblich			687	46,8	1.076	48,6

Aufnahme

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			1.462 / 1.470	99,5	2.185 / 2.325	94,0
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			3 / 1.470	0,2	111 / 2.325	4,8
ja, aber Patient wurde zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			5 / 1.470	0,3	29 / 2.325	1,2
nein, keine stationäre Aufnahme			0 / 1.470	0,0	0 / 2.325	0,0
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.102	75,0	1.795	77,2
Sonnabend oder Sonntag			368	25,0	530	22,8
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			491	33,4	796	34,2
nein			924	62,9	1.455	62,6
nicht bestimmbar			55	3,7	74	3,2
Sprachstörung						
ja			323	22,0	542	23,3
nein			1.094	74,4	1.732	74,5
nicht bestimmbar			53	3,6	51	2,2
Motorische Ausfälle						
ja			694	47,2	1.054	45,3
nein			753	51,2	1.247	53,6
nicht bestimmbar			23	1,6	24	1,0
Schluckstörung						
ja			172	11,7	349	15,0
nein			1.188	80,8	1.825	78,5
nicht bestimmbar			110	7,5	151	6,5
Bewusstseinsstörung						
ja			160	10,9	277	11,9
nein			1.298	88,3	2.036	87,6
nicht bestimmbar			12	0,8	12	0,5

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt ¹						
ja			838	57,0	-	-
nein			632	43,0	-	-
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme²						
<= 1 Stunde			265	31,6	-	-
> 1 - <= 2 Stunden			167	19,9	-	-
> 2 - <= 3 Stunden			76	9,1	-	-
> 3 - <= 3,5 Stunden			21	2,5	-	-
> 3,5 - <= 4 Stunden			30	3,6	-	-
> 4 - <= 6 Stunden			51	6,1	-	-
> 6 - <= 24 Stunden			120	14,3	-	-
> 24 - <= 48 Stunden			52	6,2	-	-
> 48 Stunden			56	6,7	-	-
wake up stroke ²						
ja			184	29,1	-	-
nein			448	70,9	-	-

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 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			10	0,7	16	0,7
1. Bildgebung extern			56	3,8	158	6,8
1. Bildgebung intern			1.404	95,5	2.151	92,5
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			729	51,9	1.348	62,7
CCT mit CTA			598	42,6	670	31,1
MRT			42	3,0	72	3,3
MRT mit MRA			35	2,5	61	2,8
Gefäßverschluss¹						
ja			195	13,3	-	-
nein			1.275	86,7	-	-
wenn Gefäßverschluss = ja, Art des Gefäßverschlusses¹						
Carotis T			24	12,3	-	-
M1			61	31,3	-	-
M2			35	17,9	-	-
Basilaris			7	3,6	-	-
Sonstige			68	34,9	-	-
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar da Verlegung			12	0,8	42	1,8
<= 24 Stunden			676	46,0	934	40,2
> 24 Stunden			782	53,2	1.349	58,0
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße						
extrakraniell			1.405	95,6	2.166	93,2
Intrakraniell			1.373	93,4	2.146	92,3
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt						
ja			1.216	82,7	1.826	78,5
nein			233	15,9	464	20,0
nicht durchführbar			21	1,4	35	1,5
Vorhofflimmern						
			657	44,7	617	26,5
Komplikationen - Pneumonie						
nein			1.381		2.169	
ja			89		156	

¹ neues Datenfeld in 2018

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis						
nein			1.420	96,6	2.253	96,9
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			23	1,6	30	1,3
Stenting im Verlauf			13	0,9	24	1,0
TEA			14	1,0	18	0,8
Erfolgreiche Rekanalisation ¹						
TICI = IIb/III						
ja			46	3,1	-	-
nein			31	2,1	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

Diagnose(n) ICD-10-GM 2018¹

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			951	64,7	1.481	63,7
TIA			442	30,1	663	28,5
ICB			77	5,2	181	7,8
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			329	22,4	390	16,8
Rankin 1			258	17,6	415	17,8
Rankin 2			305	20,7	468	20,1
Rankin 3			237	16,1	398	17,1
Rankin 4			153	10,4	288	12,4
Rankin 5			188	12,8	366	15,7
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			611	41,6	835	35,9
Rankin 1			237	16,1	443	19,1
Rankin 2			236	16,1	376	16,2
Rankin 3			120	8,2	210	9,0
Rankin 4			98	6,7	176	7,6
Rankin 5			72	4,9	170	7,3

Rehabilitation

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.146	78,0	1.674	72,0
> Tag 2 nach Aufnahme			27	1,8	72	3,1
keine			297	20,2	579	24,9
Beginn Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			928	63,1	1.571	67,6
> Tag 2 nach Aufnahme			32	2,2	54	2,3
keine			510	34,7	700	30,1

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			650	44,2	715	30,8
Thrombozyten- aggregationshemmer			1.172	79,7	1.603	68,9
Antihypertensiva			1.188	80,8	1.849	79,5
Antidiabetika			240	16,3	433	18,6
Statine			1.279	87,0	1.822	78,4

Entlassung

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart						
nach Hause			937	63,7	1.417	60,9
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			258	17,6	492	21,2
andere Abteilung			95	6,5	102	4,4
externe Akut-Klinik			33	2,2	61	2,6
Pflegeeinrichtung			80	5,4	138	5,9
verstorben			67	4,6	115	4,9
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik						
zur Thrombektomie			8	24,2	9	14,8
zur Desobliteration der A. carotis			7	21,2	4	6,6
zur Hemikraniektomie			0	0,0	7	11,5
aus anderen Gründen			18	54,5	41	67,2
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung			53	79,1	92	80,0
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.470	100,0	2.325	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>6,8 Tage</i>		<i>8,2 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 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			1.247	84,8	1.997	85,9
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			13	0,9	19	0,8
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			135	9,2	200	8,6
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			8	0,5	27	1,2
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			35	2,4	44	1,9
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			32	2,2	38	1,6
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			85	5,8	130	5,6
> 30 - <= 60 Minuten			69	4,7	80	3,4
> 1 - <= 2 Stunden			22	1,5	31	1,3
> 2 - <=3 Stunden			4	0,3	4	0,2
> 3 - <=4 Stunden			1	0,1	4	0,2
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	3	0,1
> 6 Stunden			10	0,7	38	1,6
keine Lyse durchgeführt			1.247	84,8	1.997	85,9
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			633	43,1	839	36,1
> 30 - <= 60 Minuten			212	14,4	353	15,2
> 1 - <= 3 Stunden			337	22,9	600	25,8
> 3 - <= 6 Stunden			132	9,0	226	9,7
> 6 Stunden			90	6,1	216	9,3
1. Bildgebung vor Aufnahme			56	3,8	158	6,8
keine Bildgebung erfolgt			10	0,7	16	0,7
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			801	54,5	1.233	53,0
3 - 8 (mittel)			391	26,6	697	30,0
9 - 20 (schwerwiegend)			189	12,9	290	12,5
> 20 (sehr schwerwiegend)			58	3,9	85	3,7
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2018 III. Quartal		Gesamt 2018 III. Quartal		Gesamt 2017 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.279	87,0	1.822	78,4
Antihypertensiva			1.188	80,8	1.849	79,5
Antidiabetika			240	16,3	433	18,6
keine Angabe			0	0,0	0	0,0
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.218	82,9	1.941	83,5
Pflege zu Hause			109	7,4	200	8,6
Pflege in Institution			143	9,7	184	7,9
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.

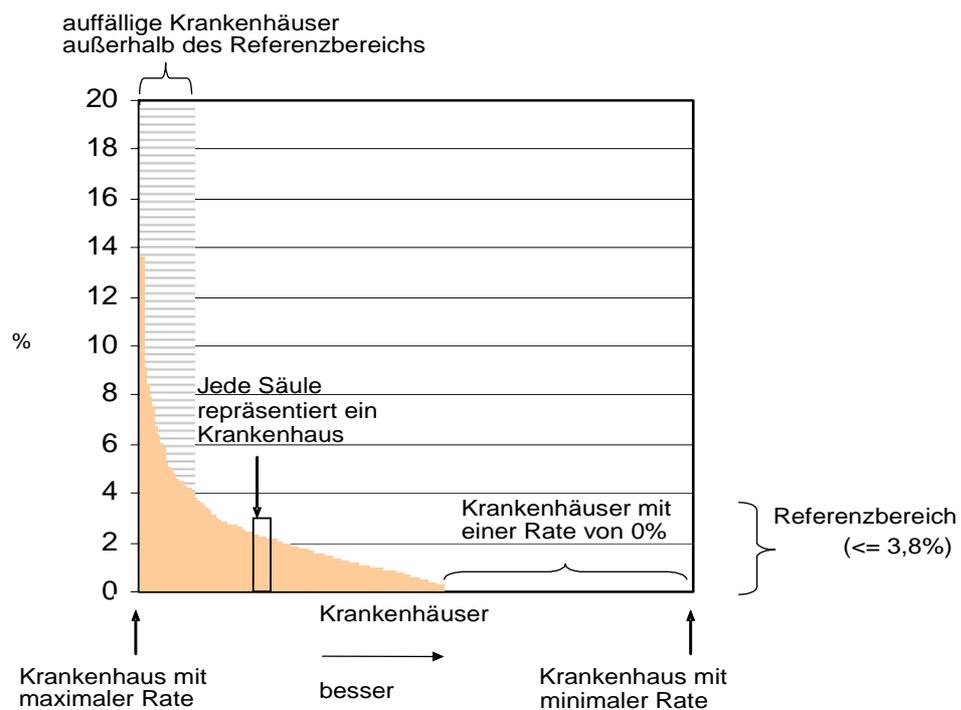
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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