

Auswertung 1. Quartal 2019 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 11
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.282
Datensatzversion: apo_hh 2019 2.1
Datenbankstand: 02. Mai 2019
2019 - D17923-L113073-P53767

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 2019 im I. Quartal stationär aufgenommen wurden.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/apo_hh/83284 QI 1: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			90,6%	>= 80,0%	7
2019/apo_hh/83285 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			90,6%	>= 80,0%	9
2019/apo_hh/83287 QI 3: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,6%	>= 90,0%	11
2019/apo_hh/83288 QI 4: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			87,4%	>= 75,0%	13
2019/apo_hh/83292 QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA			99,1%	>= 90,0%	15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Krankenhaussterblichkeit					
2019/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA				<= 0,5%	17
2019/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			88,9%	<= 4,0%	17
2019/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			100,0%	<= 25,0%	17
2019/apo_hh/83294 QI 7: Screening für Schluckstörungen			83,0%	>= 80,0%	22
QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden					
2019/apo_hh/103490			70,2%	>= 65,0%	24
2019/apo_hh/83311 QI 9: Thrombolyserate¹			69,1%	nicht definiert	27

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time					
2019/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			56,9%	>= 35,0%	29
2019/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			89,9%	>= 80,0%	29
2019/apo_hh/151296					
QI 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie					
			39,2%	>= 60,0%	33
2019/apo_hh/151297					
QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie					
			29,4%	nicht definiert	35
2019/apo_hh/83372					
QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			43,9%	>= 45,0%	37

Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/apo_hh/83295 Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			27,9%	-	44
2019/apo_hh/151304 Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time			15,7%	-	45
2019/apo_hh/151311 Kennzahl 3: Door-to-door-time Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)				-	46
2019/apo_hh/154383 Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik			0,0%	-	47
2019/apo_hh/154384 Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt			29,8%	-	48

Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			232 / 256	90,6%
Vertrauensbereich				86,4% - 93,9%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			590 / 620	95,2%
Vertrauensbereich				93,2% - 96,7%

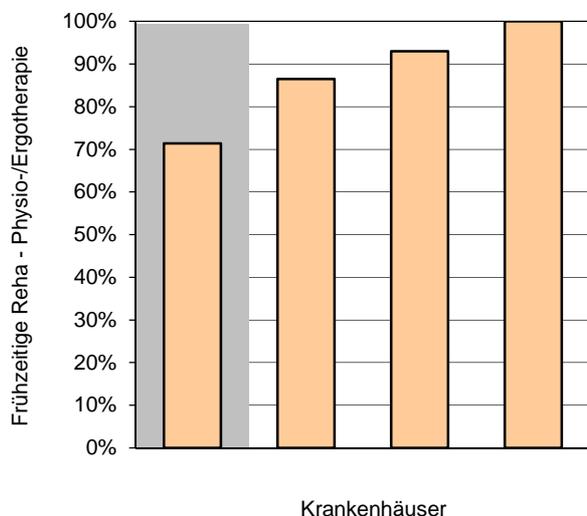
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/apo_hh/83284]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

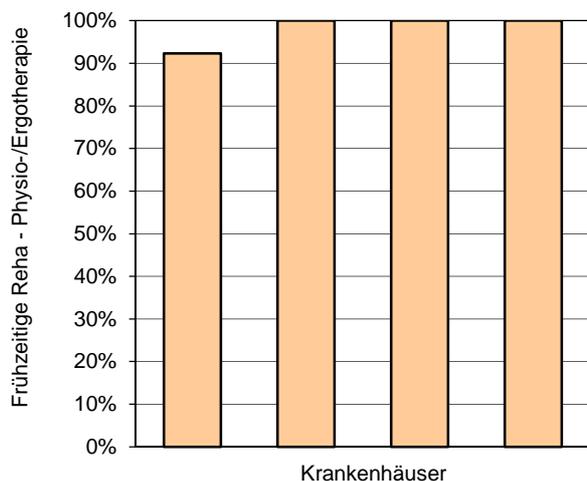
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,4	71,4	71,4	79,0	89,8	96,5	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
	92,3	92,3	92,3	96,2	100,0	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 mit Diagnose TIA, mit Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)
Indikator-ID:	2019/apo_hh/83285
Referenzbereich:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			240 / 265	90,6%
Vertrauensbereich				86,4% - 93,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			751 / 795	94,5%
Vertrauensbereich				92,6% - 96,0%

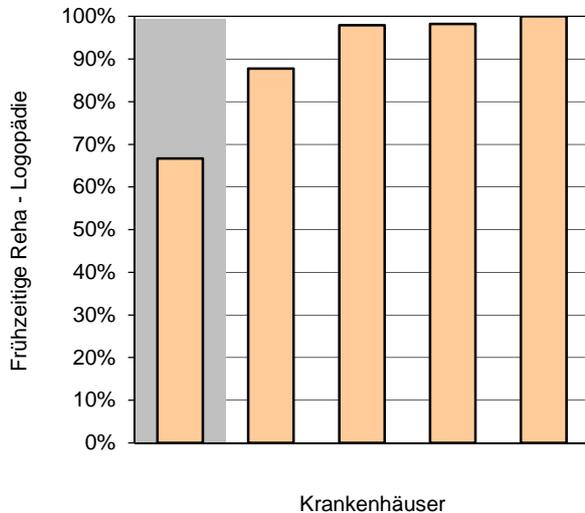
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/apo_hh/83285]:

Anteil von Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme an allen Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA, Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

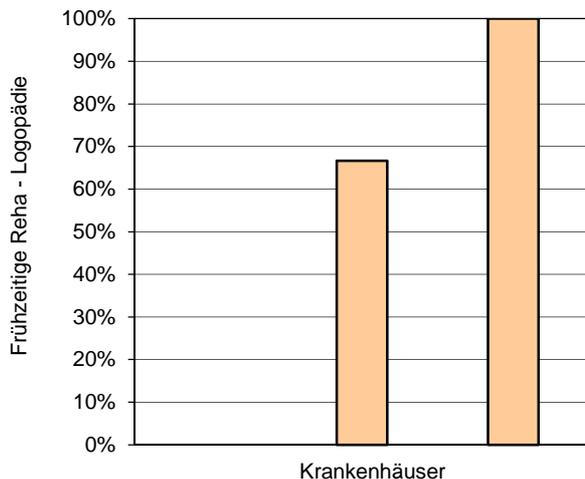
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	87,8	98,0	98,2	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	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

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

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

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

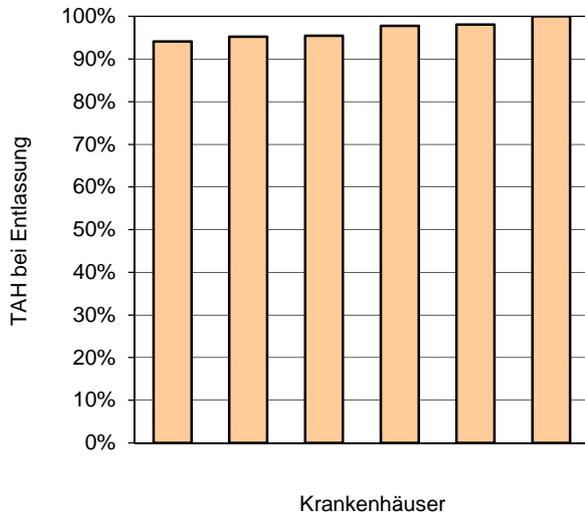
	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			640 / 656	97,6%
Vertrauensbereich				96,1% - 98,6%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.266 / 1.309	96,7%
Vertrauensbereich				95,6% - 97,6%

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

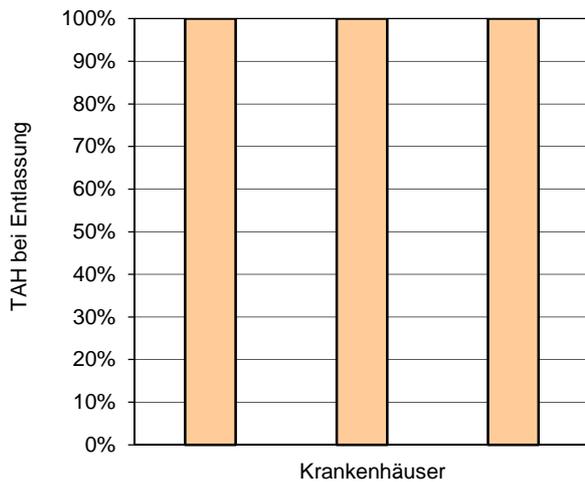
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,1	94,1	94,1	95,2	96,6	98,1	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
	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 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 75,0%

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			152 / 174	87,4%
Vertrauensbereich				81,5% - 91,9%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			497 / 520	95,6%
Vertrauensbereich				93,4% - 97,2%

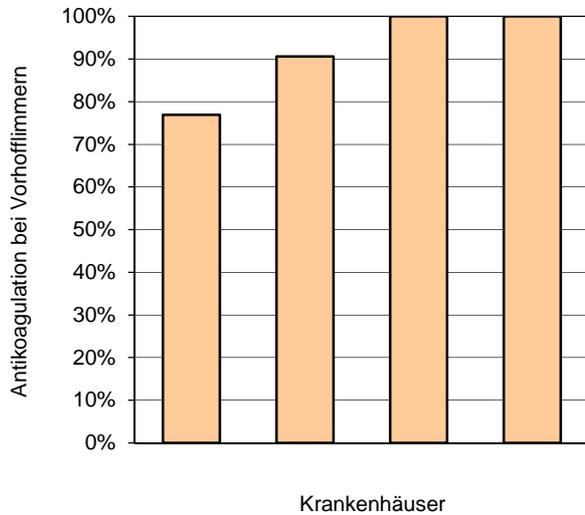
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/apo_hh/83288]:

Anteil von Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen werden und die bei Entlassung wenig beeinträchtigt sind (Rankin Scale Wert 0,1,2,3 bei Entlassung)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

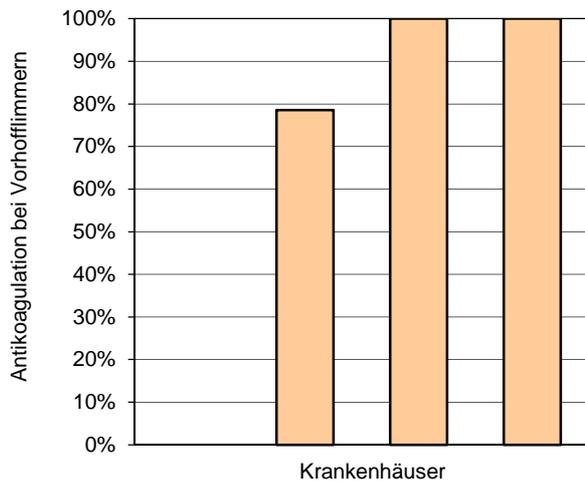
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,9	76,9	76,9	83,8	95,3	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	39,3	89,3	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 90,0%

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			924 / 932	99,1% 98,3% - 99,6% >= 90,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			2.280 / 2.312	98,6% 98,0% - 99,1%

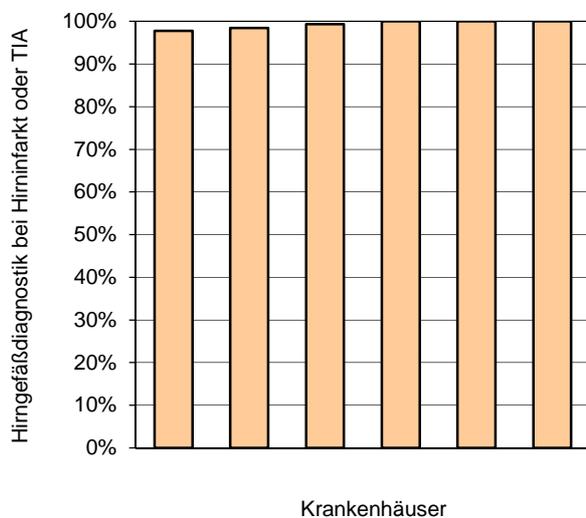
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/apo_hh/83292]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

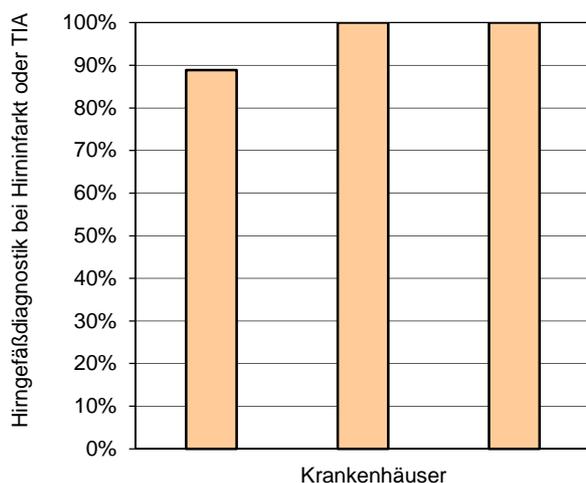
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,8	97,8	97,8	98,5	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 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 (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Blutung (Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2019/apo_hh/83293	
	Gruppe 2:	2019/apo_hh/83385	
	Gruppe 3:	2019/apo_hh/83386	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 0,5%	
	Gruppe 2:	<= 4,0%	
	Gruppe 3:	<= 25,0%	

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

	Gesamt 2019 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 0	8 / 9 88,9%	2 / 2 100,0%
Vertrauensbereich		51,7% - 99,8%	15,8% - 100,0%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

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

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 0 []	7 / 12 58,3% 27,6% - 84,9%	1 / 3 33,3% 0,8% - 90,6%

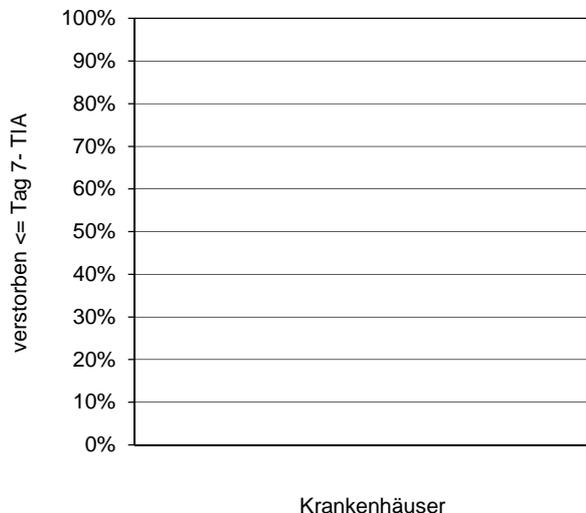
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2019/apo_hh/83293]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

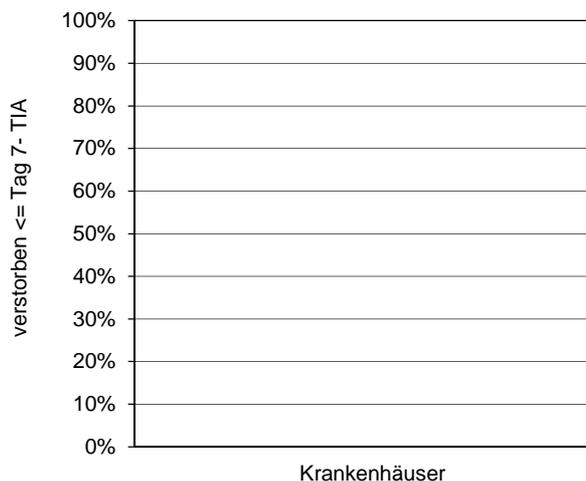
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

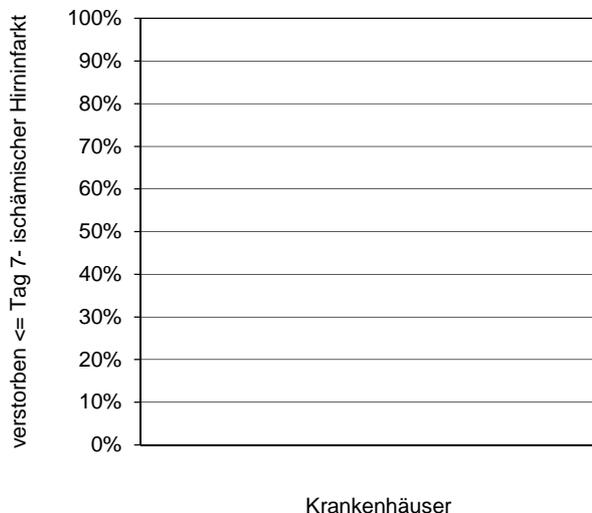
11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2019/apo_hh/83385]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

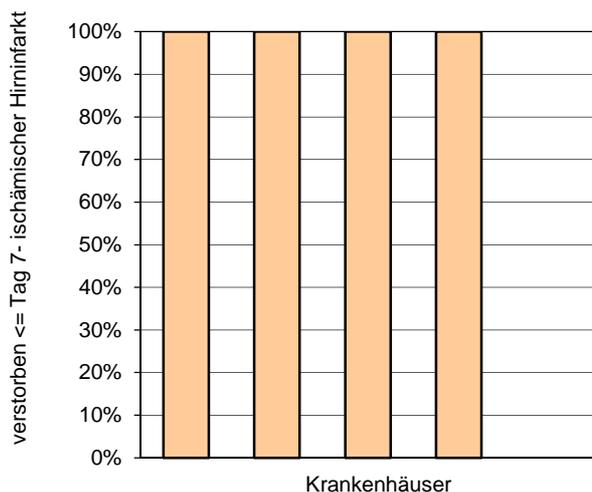
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

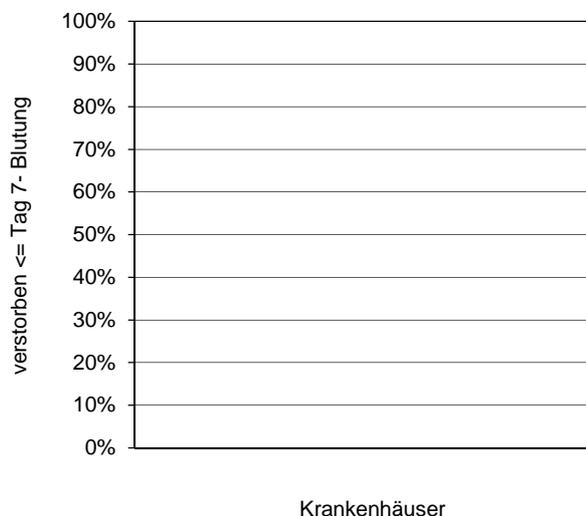
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2019/apo_hh/83386]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

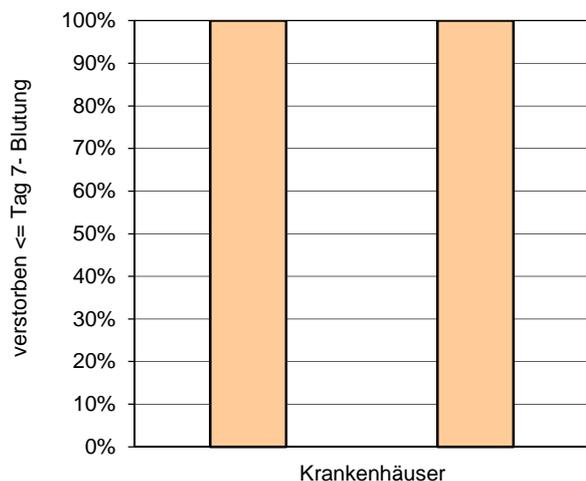
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

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

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

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			502 / 605	83,0%
Vertrauensbereich				79,7% - 85,9%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.315 / 1.531	85,9%
Vertrauensbereich				84,0% - 87,6%

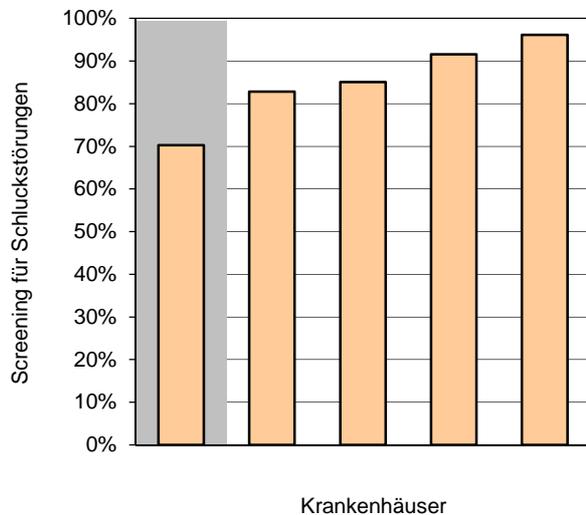
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/apo_hh/83294]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

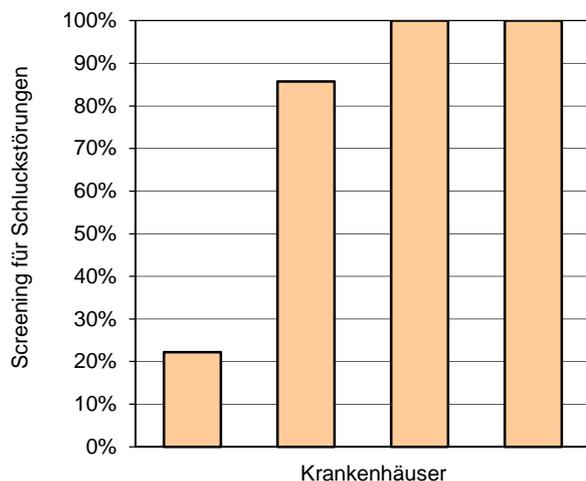
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,3	70,3	70,3	82,8	85,1	91,5	96,2	96,2	96,2

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
	22,2	22,2	22,2	54,0	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

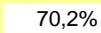
Qualitätsindikator 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 6 Stunden

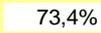
Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung

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

Indikator-ID: 2019/apo_hh/103490

Referenzbereich: >= 65,0%

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			151 / 215	
Vertrauensbereich				63,6% - 76,3%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			314 / 428	
Vertrauensbereich				68,9% - 77,5%

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

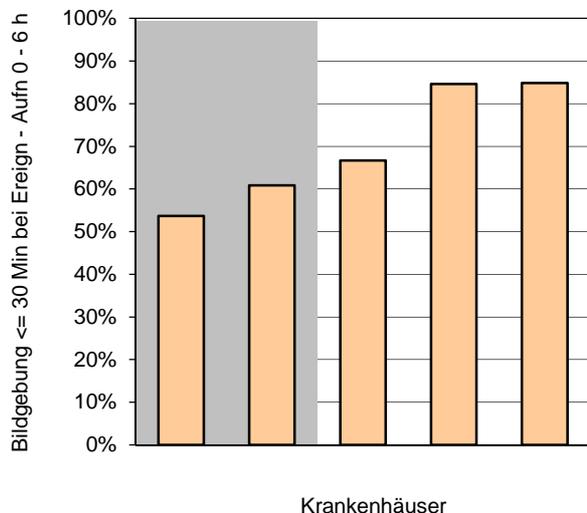
	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			39 / 215	18,1%
> 1 bis 3 Stunden			14 / 215	6,5%
> 3 bis 6 Stunden			8 / 215	3,7%
> 6 Stunden			1 / 215	0,5%
1. Bildgebung vor Aufnahme			2 / 215	0,9%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 215	0,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2019/apo_hh/103490]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

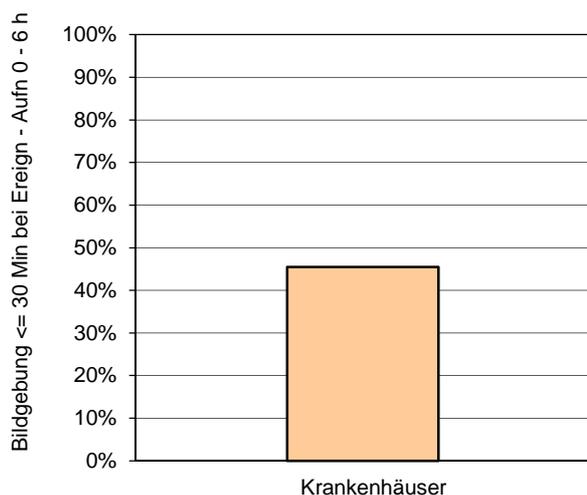
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,7	53,7	53,7	60,9	66,7	84,6	84,8	84,8	84,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5	45,5

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Thrombolyserate

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

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

Indikator-ID: 2019/apo_hh/83311

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

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			76 / 110	69,1%
Vertrauensbereich				59,5% - 77,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal ¹	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

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

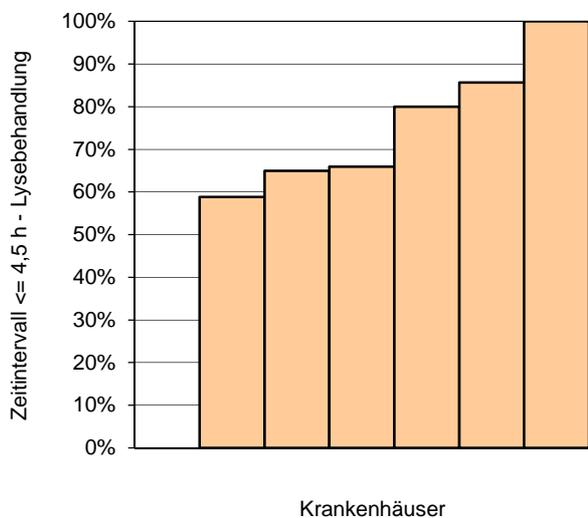
² Aufgrund der geänderten Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9_KH, Indikator-ID 2019/apo_hh/83311]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	58,8	65,9	85,7	100,0	100,0	100,0

4 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:	2019/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2019/apo_hh/103509
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 35,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			62 / 109	56,9%
Vertrauensbereich				47,0% - 66,3%
Referenzbereich		>= 35,0%		>= 35,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			98 / 109	89,9%
Vertrauensbereich				82,6% - 94,9%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			160 / 284	56,3%
Vertrauensbereich				50,3% - 62,2%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			245 / 284	86,3%
Vertrauensbereich				81,7% - 90,1%

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

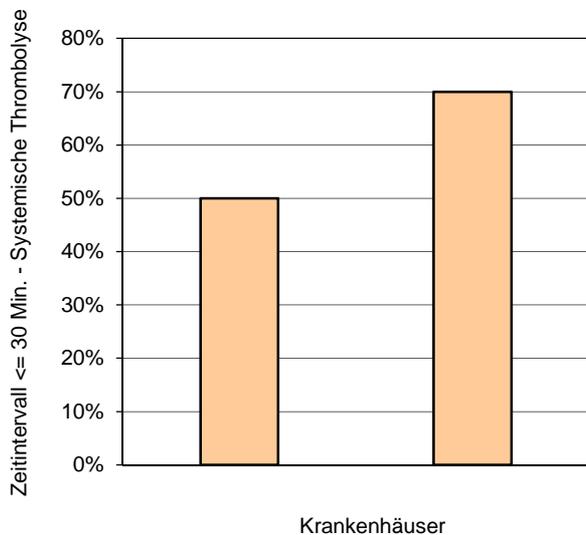
	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			36 / 109	33,0%
> 1 - 2 Stunden			9 / 109	8,3%
> 2 - 3 Stunden			1 / 109	0,9%
> 3 - 4 Stunden			1 / 109	0,9%
> 4 - 6 Stunden			0 / 109	0,0%
> 6 Stunden			0 / 109	0,0%
keine Lyse durchgeführt			0 / 109	0,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2019/apo_hh/103508]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

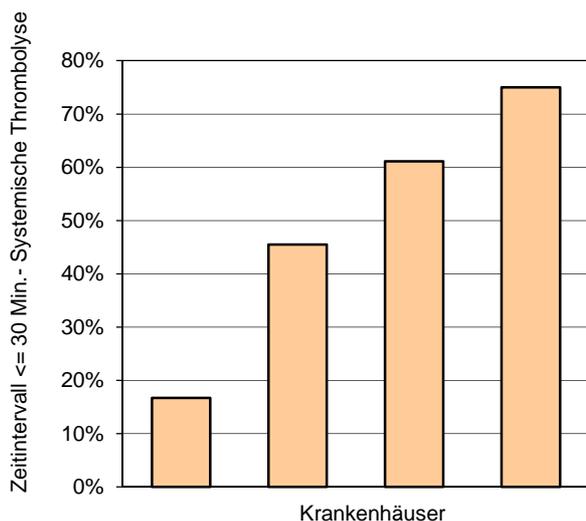
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	60,0	70,0	70,0	70,0	70,0

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
	16,7	16,7	16,7	31,1	53,3	68,1	75,0	75,0	75,0

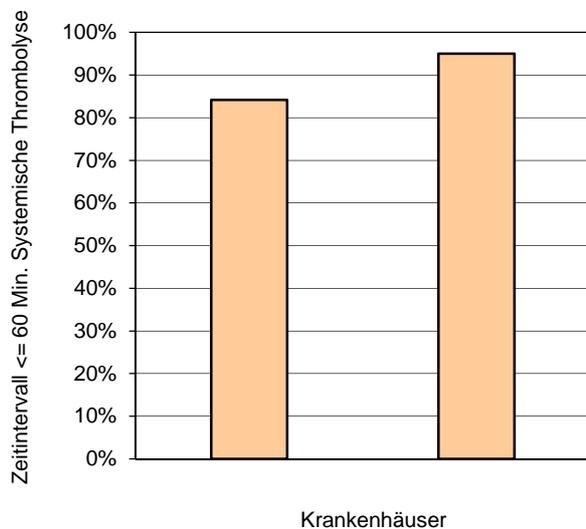
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2019/apo_hh/103509]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

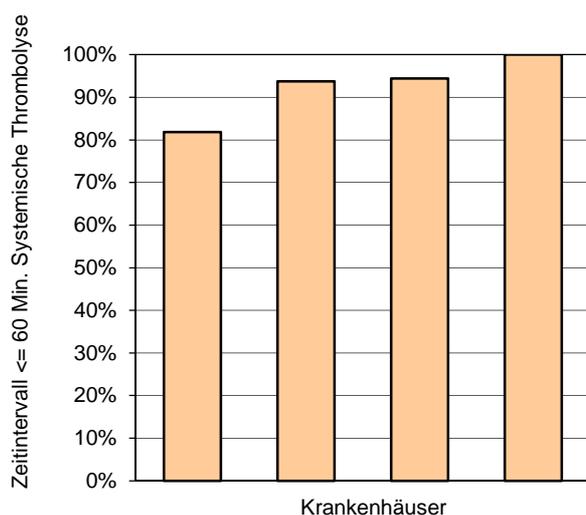
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,2	84,2	84,2	84,2	89,6	95,0	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
	81,8	81,8	81,8	87,8	94,1	97,2	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit Rekanalisation nach Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2019/apo_hh/151296

Referenzbereich: >= 60,0%

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			20 / 51	39,2%
Vertrauensbereich				25,8% - 54,0%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%

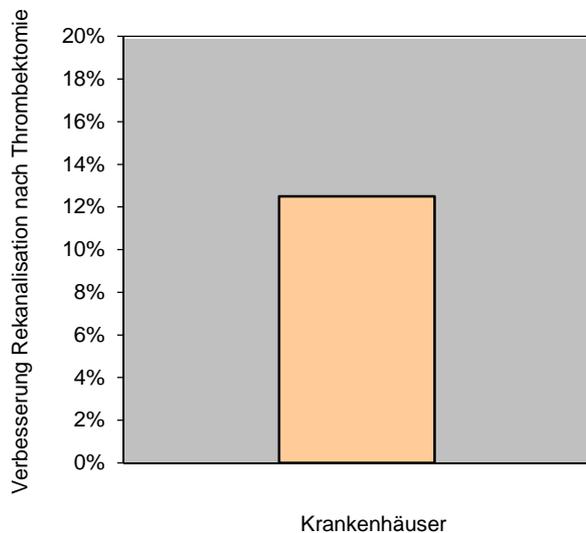
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			12 / 95	12,6%
Vertrauensbereich				6,7% - 21,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2019/apo_hh/151296]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

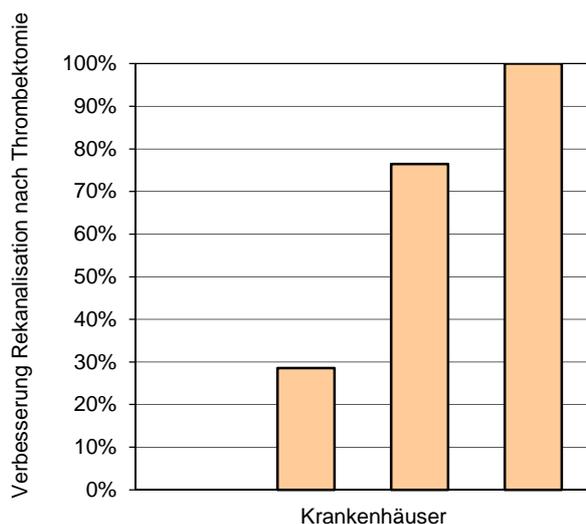
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5

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	14,3	52,5	88,2	100,0	100,0	100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Indikator-ID: 2019/apo_hh/151297

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

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			15 / 51	29,4%
Vertrauensbereich				17,4% - 43,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

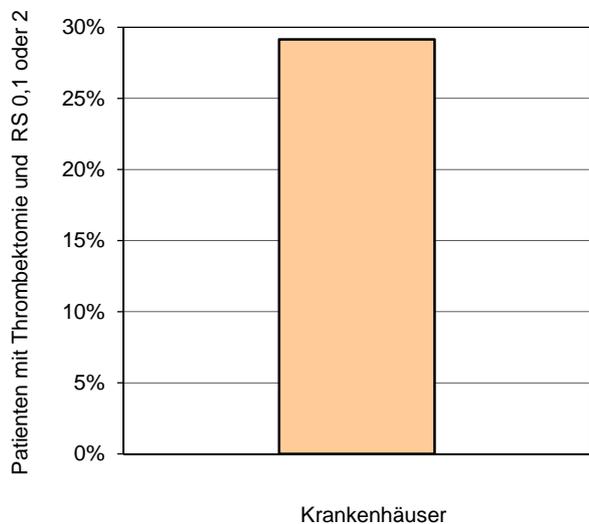
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			30 / 95	31,6%
Vertrauensbereich				22,4% - 42,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2019/apo_hh/151297]:

Anteil an Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 an allen Patienten mit Thrombektomie

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

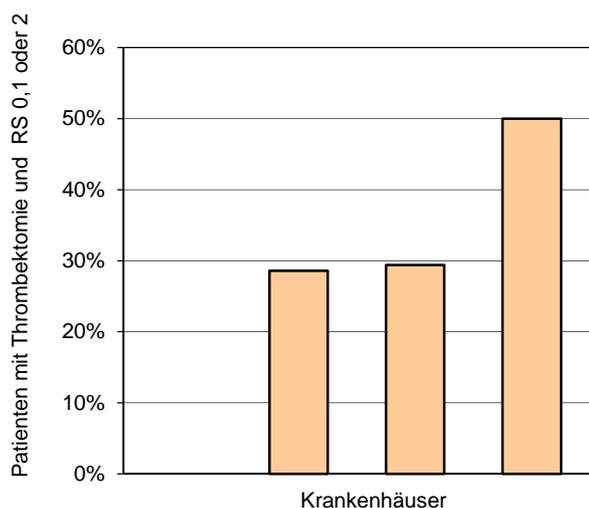
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	29,2	29,2	29,2	29,2	29,2	29,2	29,2	29,2	29,2

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	14,3	29,0	39,7	50,0	50,0	50,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

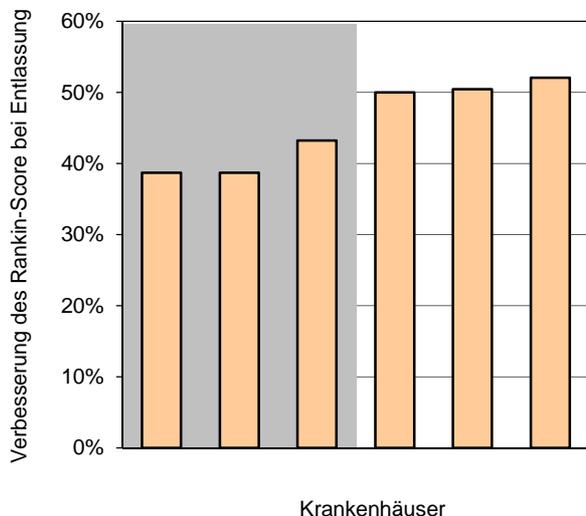
Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2019/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 45,0%

	Krankenhaus 2019 I. Quartal	Gesamt 2019 I. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		441 / 1.004	43,9%
Vertrauensbereich			40,8% - 47,1%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 I. Quartal	Gesamt 2018 I. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.260 / 2.502	50,4%
Vertrauensbereich			48,4% - 52,3%

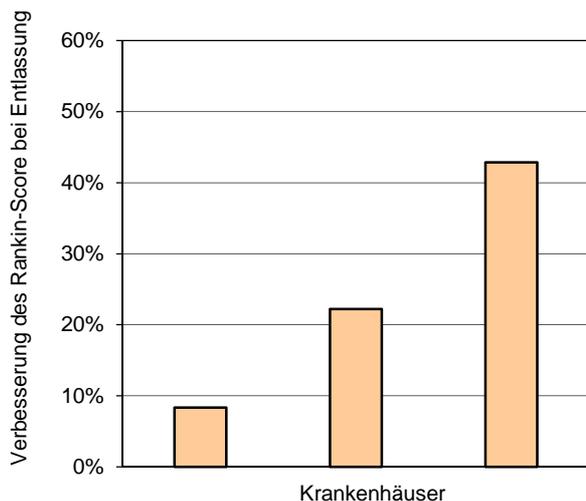
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2019/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	38,7	38,7	38,7	38,7	46,6	50,5	52,1	52,1	52,1

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
	8,3	8,3	8,3	8,3	22,2	42,9	42,9	42,9	42,9

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhaus 2019 I. 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					

Gesamt 2019 I. 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	191 19,0%	82 8,2%	60 6,0%	28 2,8%	3 0,3%	5 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	9 0,9%	74 7,4%	77 7,7%	39 3,9%	10 1,0%	3 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	3 0,3%	79 7,9%	63 6,3%	9 0,9%	3 0,3%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	4 0,4%	7 0,7%	43 4,3%	25 2,5%	10 1,0%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,2%	1 0,1%	0 0,0%	13 1,3%	33 3,3%	24 2,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,2%	3 0,3%	43 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					

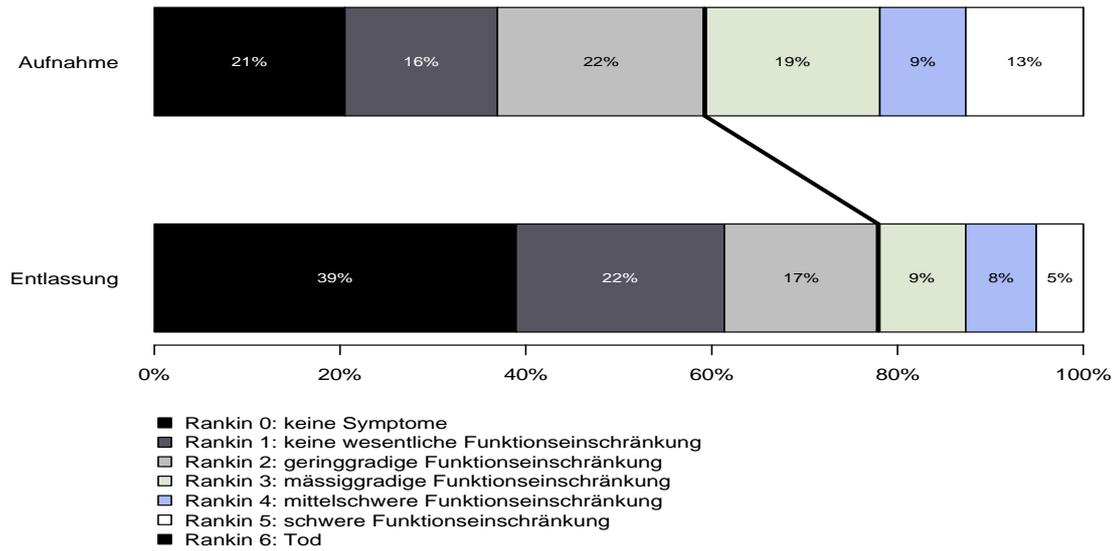
**Vorjahresdaten
Krankenhaus 2018 I. Quartal**

	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 2018 I. 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	382 15,3%	309 12,4%	146 5,8%	68 2,7%	36 1,4%	10 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	21 0,8%	120 4,8%	222 8,9%	77 3,1%	21 0,8%	10 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	21 0,8%	182 7,3%	145 5,8%	57 2,3%	12 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	5 0,2%	13 0,5%	90 3,6%	77 3,1%	24 1,0%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	3 0,1%	4 0,2%	3 0,1%	9 0,4%	80 3,2%	46 1,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	3 0,1%	6 0,2%	15 0,6%	124 5,0%
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

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/83295

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			237 / 1.004	23,6%
> 2 - <= 3 Stunden			43 / 1.004	4,3%
> 3 - <= 6 Stunden			51 / 1.004	5,1%
> 6 - <= 24 Stunden			85 / 1.004	8,5%
> 24 - <= 48 Stunden			33 / 1.004	3,3%
> 48 Stunden			68 / 1.004	6,8%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			280 / 1.004	27,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			525 / 2.502	21,0%

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

Qualitätsziel: Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur Thrombektomie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Thrombektomie

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/151304

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			1 / 51	2,0%
> 30 - <= 60 Minuten			7 / 51	13,7%
> 60 - <= 90 Minuten			13 / 51	25,5%
> 90 - <= 120 Minuten			15 / 51	29,4%
> 120 - <= 180 Minuten			11 / 51	21,6%
> 180 Minuten			4 / 51	7,8%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			8 / 51	15,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			10 / 95	10,5%

Kennzahl 3: Door-to-door-time

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/151311

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			0 / 1.004	0,0%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			0 / 0	
> 2 - <= 3 Stunden			0 / 0	
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 0	
> 6 - <= 24 Stunden			0 / 0	
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 0	
> 48 Stunden			0 / 0	
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik¹

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

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/154383

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			0 / 114	0,0%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden	-	-	-	-

¹ Informationsgewinn über die Organisation der Schlaganfallversorgung in der Region.

² Aufgrund eines neuen Datenfeldes in der Spezifikation 2018 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt

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

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

Kennzahl-ID: 2019/apo_hh/154384

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			34 / 114	29,8%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt	-	-	-	-

¹ Aufgrund eines neuen Datenfeldes in der Spezifikation 2018 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Basisdaten

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.282	100,0	3.127	100,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.282		3.127	

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

Patienten

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.000		2.481	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>78,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			520	52,0	1.272	51,3
weiblich			480	48,0	1.209	48,7

Aufnahme

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstversorgung						
ja			1.000 / 1.282	78,0	2.481 / 3.127	79,3
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			78 / 1.282	6,1	131 / 3.127	4,2
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt ¹			0 / 1.282	0,0	-	-
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt ¹			0 / 1.282	0,0	-	-
nein, keine stationäre Aufnahme			195 / 1.282	15,2	491 / 3.127	15,7
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			783	78,0	1.905	76,1
Sonnabend oder Sonntag			221	22,0	597	23,9
Symptome bei der Aufnahme						
Sprechstörung						
ja			326	32,5	863	34,5
nein			640	63,7	1.569	62,7
nicht bestimmbar			38	3,8	70	2,8
Sprachstörung						
ja			210	20,9	592	23,7
nein			771	76,8	1.850	73,9
nicht bestimmbar			23	2,3	60	2,4
Motorische Ausfälle						
ja			433	43,1	1.111	44,4
nein			561	55,9	1.366	54,6
nicht bestimmbar			10	1,0	25	1,0
Schluckstörung						
ja			103	10,3	275	11,0
nein			814	81,1	2.065	82,5
nicht bestimmbar			87	8,7	162	6,5
Bewusstseinsstörung						
ja			99	9,9	244	9,8
nein			903	89,9	2.249	89,9
nicht bestimmbar			2	0,2	9	0,4

¹ neuer Schlüsselwert in 2019

Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			563	56,1	1.346	53,8
nein			441	43,9	1.156	46,2
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			164	29,1	270	20,1
> 1 - <= 2 Stunden			118	21,0	223	16,6
> 2 - <= 3 Stunden			43	7,6	100	7,4
> 3 - <= 3,5 Stunden			13	2,3	34	2,5
> 3,5 - <= 4 Stunden			11	2,0	26	1,9
> 4 - <= 6 Stunden			27	4,8	59	4,4
> 6 - <= 24 Stunden			85	15,1	164	12,2
> 24 - <= 48 Stunden			33	5,9	55	4,1
> 48 Stunden			68	12,1	80	5,9
wake up stroke						
ja			132	29,9	316	27,3
nein			309	70,1	840	72,7

Diagnostik

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diagnostik bei Aufnahme						
Bildgebung durchgeführt						
keine Bildgebung erfolgt			7	0,7	15	0,6
1. Bildgebung extern			31	3,1	67	2,7
1. Bildgebung intern			966	96,2	2.420	96,7
wenn 1. Bildgebung intern, Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus						
CCT			411	42,5	1.579	65,2
CCT mit CTA			512	53,0	761	31,4
MRT			20	2,1	40	1,7
MRT mit MRA			23	2,4	40	1,7
Gefäßverschluss						
ja			133	13,2	286	11,4
nein			871	86,8	2.216	88,6
Thrombektomie						
Gefäßverschluss in der Angiographie ¹						
ja			0	0,0	-	-
nein			0	0,0	-	-
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
Art des Gefäßverschlusses²						
Carotis T			0		-	-
M1			0		-	-
M2			0		-	-
Basilaris			0		-	-
Sonstige			0		-	-
Erfolgreiche Rekanalisation ²						
TICI = IIb/III						
ja			0		-	-
nein			0		-	-
Dauer der Symptome						
nicht bestimmbar da Verlegung			5	0,5	20	0,8
<= 24 Stunden			399	39,7	979	39,1
> 24 Stunden			600	59,8	1.503	60,1

¹ neues Datenfeld in 2018

² Aufgrund der geänderten Spezifikation in 2019 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiterführende Diagnostik						
Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße¹						
extrakraniell			939	93,6	2.383	95,6
Intrakraniell			929	92,6	2.354	94,5
Schlucktest nach Protokoll durchgeführt¹						
ja			784	78,2	1.974	79,2
nein			205	20,4	490	19,7
nicht durchführbar			14	1,4	28	1,1
Vorhofflimmern¹			272	27,1	832	33,4
Komplikationen - Pneumonie¹						
nein			938		2.277	
ja			65		215	
Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis¹						
nein			963	96,0	2.421	97,2
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			21	2,1	17	0,7
Stenting im Verlauf			12	1,2	28	1,1
TEA			7	0,7	26	1,0

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Diagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			647	64,4	1.621	64,8
TIA			285	28,4	691	27,6
ICB			72	7,2	190	7,6
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Rankin Skala

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme						
Rankin 0			206	20,5	416	16,6
Rankin 1			165	16,4	469	18,7
Rankin 2			224	22,3	578	23,1
Rankin 3			189	18,8	410	16,4
Rankin 4			93	9,3	303	12,1
Rankin 5			127	12,6	326	13,0
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			369	39,0	951	40,7
Rankin 1			212	22,4	471	20,1
Rankin 2			157	16,6	420	18,0
Rankin 3			89	9,4	210	9,0
Rankin 4			72	7,6	143	6,1
Rankin 5			48	5,1	144	6,2

Rehabilitation

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beginn Physiotherapie¹						
<= Tag 2 nach Aufnahme			663	66,1	1.953	78,4
> Tag 2 nach Aufnahme			48	4,8	39	1,6
keine			292	29,1	500	20,1
Beginn Logopädie¹						
<= Tag 2 nach Aufnahme			611	60,9	1.707	68,5
> Tag 2 nach Aufnahme			36	3,6	36	1,4
keine			356	35,5	749	30,1

Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulantien¹ (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			252	25,1	959	38,5
Thrombozyten- aggregationshemmer¹			756	75,4	1.638	65,7
Antihypertensiva¹			790	78,8	2.058	82,6
Antidiabetika¹			198	19,7	436	17,5
Statine¹			867	86,4	2.049	82,2

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Entlassung

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsart¹						
nach Hause			599	59,7	1.558	62,5
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			259	25,8	479	19,2
andere Abteilung			30	3,0	131	5,3
externe Akut-Klinik			6	0,6	31	1,2
Pflegeeinrichtung			59	5,9	171	6,9
verstorben			50	5,0	122	4,9
wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik¹						
zur Thrombektomie			1	14,3	7	17,1
zur Desobliteration der A. carotis			2	28,6	6	14,6
zur Hemikraniektomie			0	0,0	0	0,0
aus anderen Gründen			4	57,1	28	68,3
wenn verstorben						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung ¹			39	78,0	107	87,7
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt ¹			11	22,0	15	12,3
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.004	100,0	2.502	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>7,1 Tage</i>		<i>9,2 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>6,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse/ Thrombektomie¹						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			868	86,5	2.152	86,4
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			3	0,3	17	0,7
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			81	8,1	228	9,1
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			4	0,4	6	0,2
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			27	2,7	51	2,0
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			20	2,0	38	1,5
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie¹						
<= 30 Minuten			47	52,8	144	56,3
> 30 - <= 60 Minuten			30	33,7	76	29,7
> 1 - <= 2 Stunden			7	7,9	22	8,6
> 2 - <=3 Stunden			1	1,1	7	2,7
> 3 - <=4 Stunden			1	1,1	1	0,4
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			3	3,4	6	2,3
keine Lyse durchgeführt			0		0	
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			368	36,7	1.070	42,8
> 30 - <= 60 Minuten			136	13,5	314	12,5
> 1 - <= 3 Stunden			232	23,1	584	23,3
> 3 - <= 6 Stunden			148	14,7	242	9,7
> 6 Stunden			82	8,2	206	8,2
1. Bildgebung vor Aufnahme			31	3,1	67	2,7
keine Bildgebung erfolgt			7	0,7	15	0,6
Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme						
<= 2 (leicht)			562	59,3	1.335	57,1
3 - 8 (mittel)			252	26,6	696	29,8
9 - 20 (schwerwiegend)			110	11,6	251	10,7
> 20 (sehr schwerwiegend)			21	2,2	43	1,8
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2019 I. Quartal		Gesamt 2019 I. Quartal		Gesamt 2018 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sekundärprophylaxe						
Statine			867	86,4	2.052	82,0
Antihypertensiva			790	78,7	2.065	82,5
Antidiabetika			198	19,7	436	17,4
keine Angabe			0	0,0	0	0,0
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses¹						
unabhängig zu Hause			840	83,7	2.066	82,9
Pflege zu Hause			68	6,8	198	7,9
Pflege in Institution			95	9,5	228	9,1
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2019 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel, sofern es von der Fachgruppe definiert worden ist, sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z.B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein 'oder' als logisches, d. h. inklusives 'oder' zu verstehen im Sinne von 'und/oder'.

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,20 - 11,80%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,20 und 11,80 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit
2. der Anzahl der Fälle (z.B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z.B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion).

2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (fixer Referenzbereich)

Beispiel: Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (Perzentilen-Referenzbereich)

Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2019.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten 'Sentinel Event'-Indikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich 'Sentinel Event' aufgeführt.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.' bzw 'nicht definiert' platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle 'Vorjahresdaten' und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle 'Vorjahresdaten' und der Auswertung 2018 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle 'Vorjahresdaten' erläutert.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die grau hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

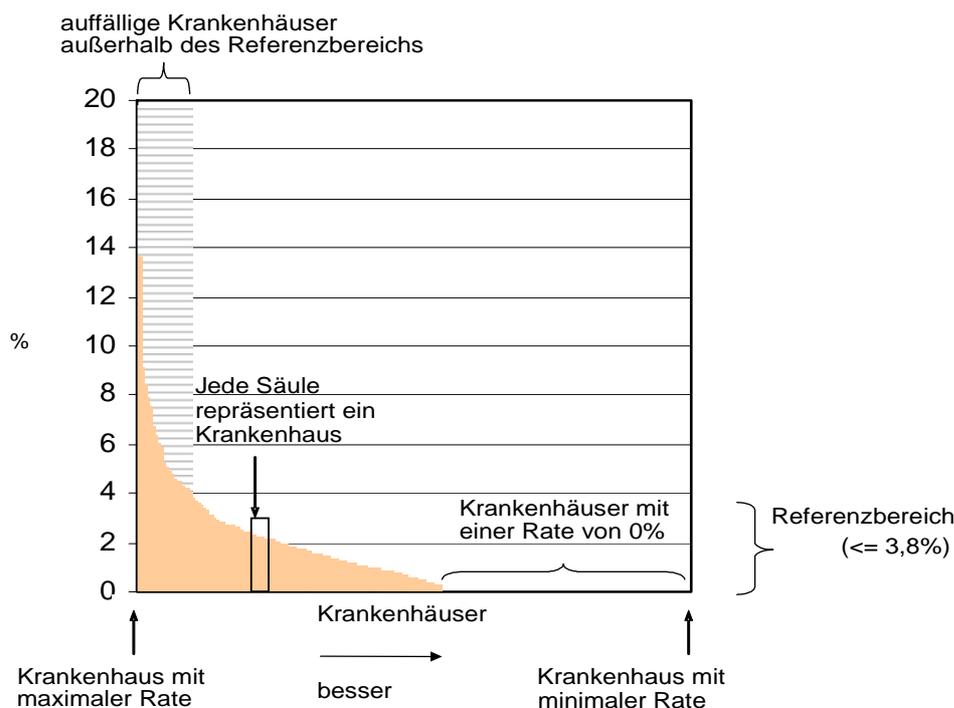
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z.B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

7. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Median der Krankenhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankenhausergebnisse kleiner und 50% der Krankenhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankenhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung

Verhältnis

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung 'Verhältnis' verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

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