

# Auswertung 2. Quartal 2019 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 13  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.299  
Datensatzversion: apo\_hh 2019 2.1  
Datenbankstand: 31. Juli 2019  
2019 - D17941-L113966-P54171

**BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH**

Standort Düsseldorf  
Vogelsanger Weg 80  
D-40470 Düsseldorf

Standort Hamburg  
Wendenstr. 375  
D-20537 Hamburg

Kontakt:  
Tel.: 040 / 25 40 78-40  
E-Mail: [info@bqs.de](mailto:info@bqs.de)  
URL: [www.bqs.de](http://www.bqs.de)

## Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2019 im II. Quartal stationär aufgenommen wurden.

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/apo_hh/83284 <b>QI 1: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			93,0%	>= 80,0%	7
2019/apo_hh/83285 <b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			91,8%	>= 80,0%	9
2019/apo_hh/83287 <b>QI 3: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,9%	>= 90,0%	11
2019/apo_hh/83288 <b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			95,4%	>= 75,0%	13
2019/apo_hh/83292 <b>QI 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirnfarkt und TIA</b>			99,1%	>= 90,0%	15

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 6: Krankenhaussterblichkeit</b>					
2019/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA				<= 0,5%	17
2019/apo_hh/83385 bei Patienten mit ischämischen Hirninfarkt			100,0%	<= 4,0%	17
2019/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			0,0%	<= 25,0%	17
2019/apo_hh/83294 <b>QI 7: Screening für Schluckstörungen</b>			87,3%	>= 80,0%	22
<b>QI 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0 bis 6 Stunden</b>					
2019/apo_hh/103490			71,7%	>= 65,0%	24
2019/apo_hh/83311 <b>QI 9: Thrombolyserate<sup>1</sup></b>			64,8%	nicht definiert	27

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 10: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time</b>					
2019/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			52,4%	>= 35,0%	29
2019/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei allen Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde					
			88,6%	>= 80,0%	29
2019/apo_hh/151296					
<b>QI 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie</b>					
			85,7%	>= 60,0%	33
2019/apo_hh/151297					
<b>QI 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit Thrombektomie</b>					
			57,1%	nicht definiert	35
2019/apo_hh/83372					
<b>QI 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>					
			51,2%	>= 45,0%	37

## Übersicht Kennzahlen

Kennzahl	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2019/apo_hh/83295 <b>Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			32,9%	-	44
2019/apo_hh/151304 <b>Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie - door-to-groin-time</b>			0,0%	-	45
2019/apo_hh/151311 <b>Kennzahl 3: Door-to-door-time</b> Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Median in Minuten)				-	46
2019/apo_hh/154383 <b>Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik</b>			0,0%	-	47
2019/apo_hh/154384 <b>Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt</b>			12,5%	-	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 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich			211 / 227	93,0% 88,8% - 95,9% >= 80,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme Vertrauensbereich			512 / 550	93,1% 90,6% - 95,1%

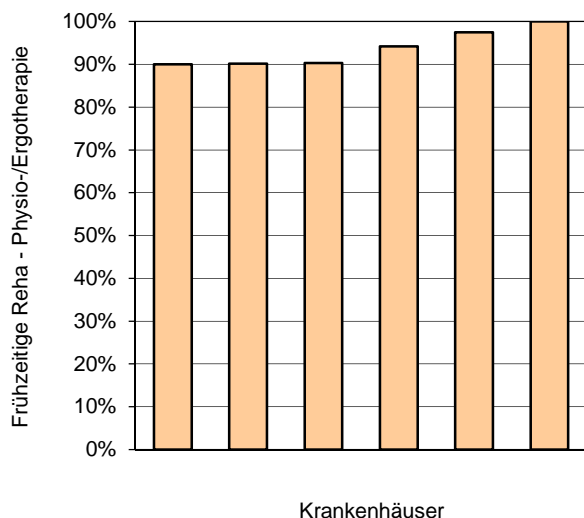
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83284]:**

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

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

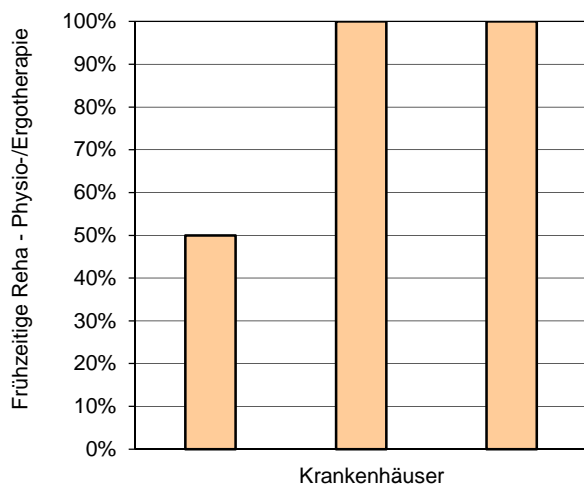
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0	90,0	90,0	90,2	92,3	97,5	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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



## Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

<b>Qualitätsziel:</b>	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
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA, mit Bewusstseinsstörung und Entlassungsgrund Tod)
<b>Indikator-ID:</b>	2019/apo_hh/83285
<b>Referenzbereich:</b>	>= 80,0%

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			256 / 279	91,8%
Vertrauensbereich				87,9% - 94,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch einen Logopäden innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme			646 / 679	95,1%
Vertrauensbereich				93,2% - 96,6%

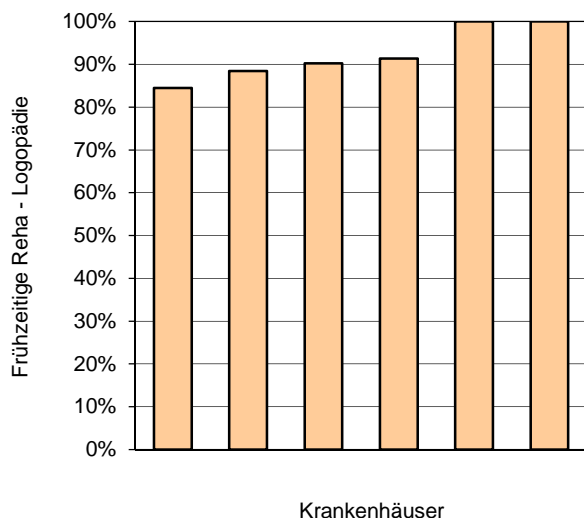
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83285]:**

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

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

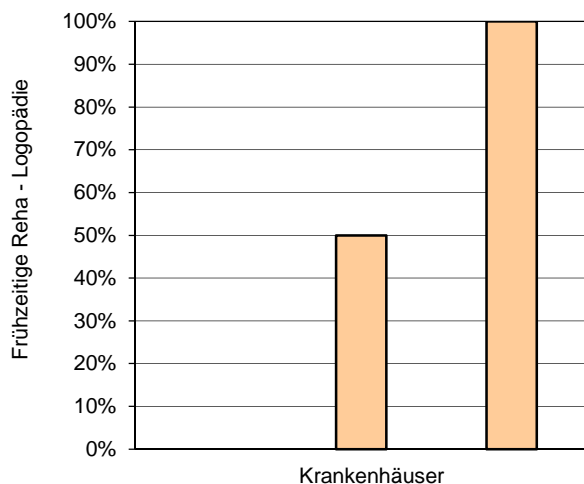
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,5	84,5	84,5	88,5	90,8	100,0	100,0	100,0	100,0

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

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 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%

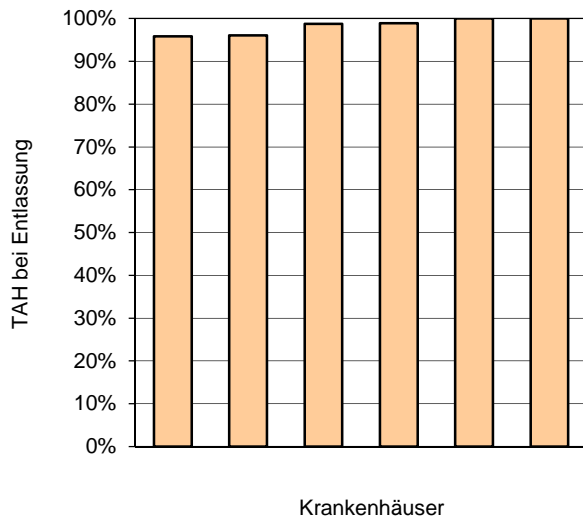
	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			704 / 719	97,9%
Vertrauensbereich				96,6% - 98,8%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.192 / 1.227	97,1%
Vertrauensbereich				96,1% - 98,0%

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

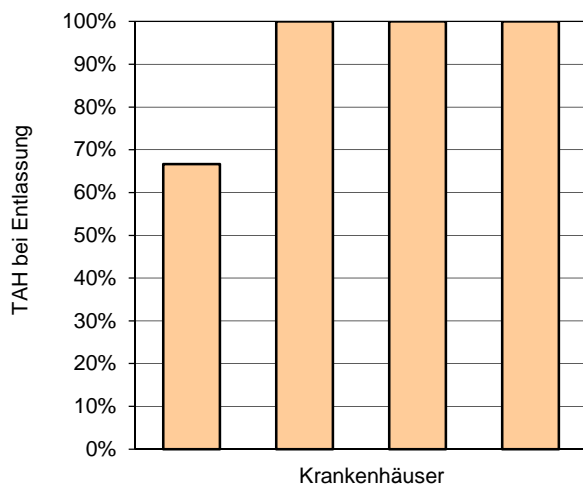
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83287]:  
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt  
(Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod oder Antikoagulation)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,9	95,9	95,9	96,1	98,8	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
	66,7	66,7	66,7	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3 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 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			187 / 196	95,4%
Vertrauensbereich				91,4% - 97,9%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			429 / 449	95,5%
Vertrauensbereich				93,2% - 97,3%

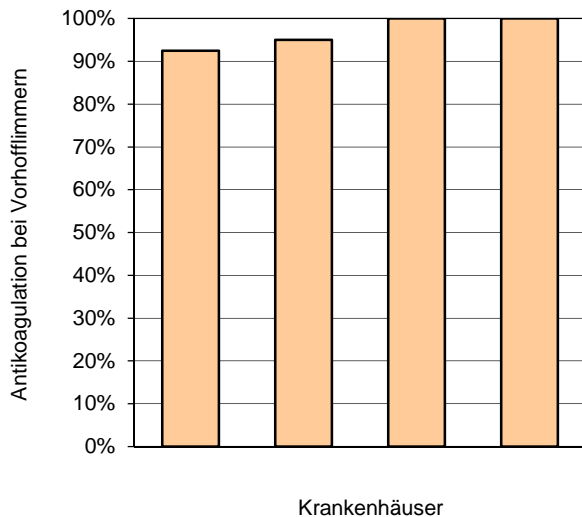
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:**

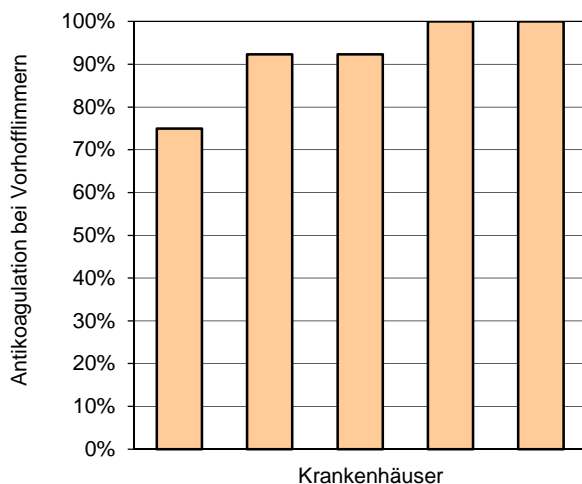
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,5	92,5	92,5	93,7	97,5	100,0	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
	75,0	75,0	75,0	92,3	92,3	100,0	100,0	100,0	100,0

4 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 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.002 / 1.011	99,1% 98,3% - 99,6% >= 90,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit farbkodierter extra- und intrakranieller Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) Vertrauensbereich			1.944 / 1.967	98,8% 98,2% - 99,3%

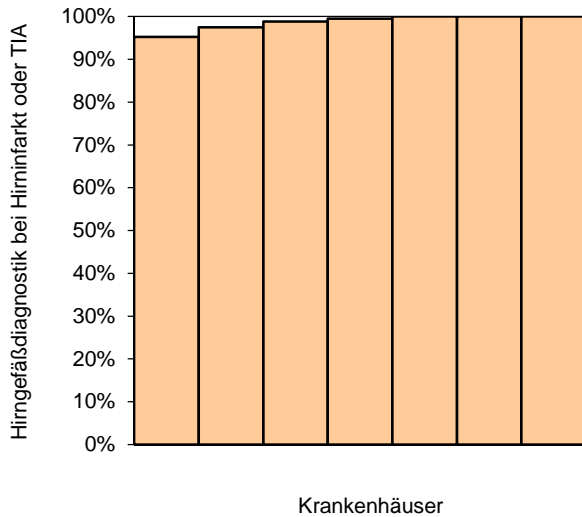
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83292]:**

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

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

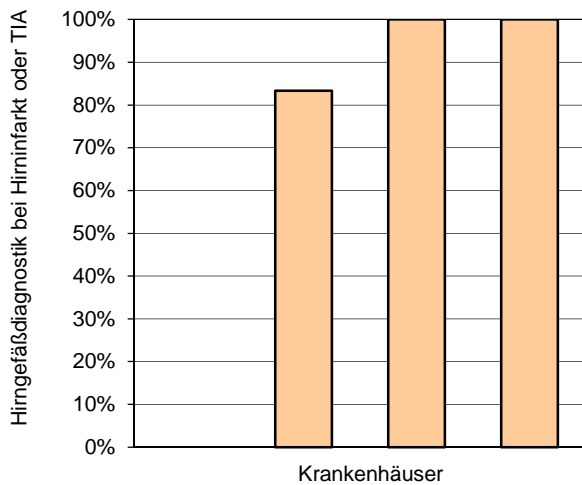
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,2	95,2	95,2	97,5	99,5	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	41,7	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



### Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

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

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

	Gesamt 2019 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 0	3 / 3	0 / 2
Vertrauensbereich	█	100,0%	0,0%
Referenzbereich	<= 0,5%	29,2% - 100,0%	0,0% - 84,2%
		<= 4,0%	<= 25,0%

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

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2018 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 0 █	3 / 7 42,9% 9,8% - 81,6%	4 / 4 100,0% 39,7% - 100,0%

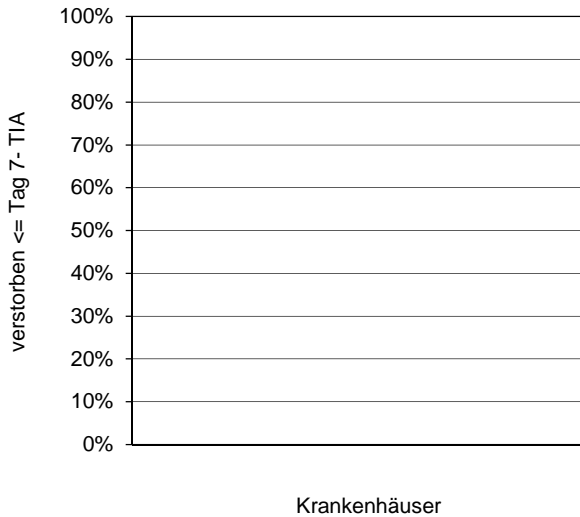
<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

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

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

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

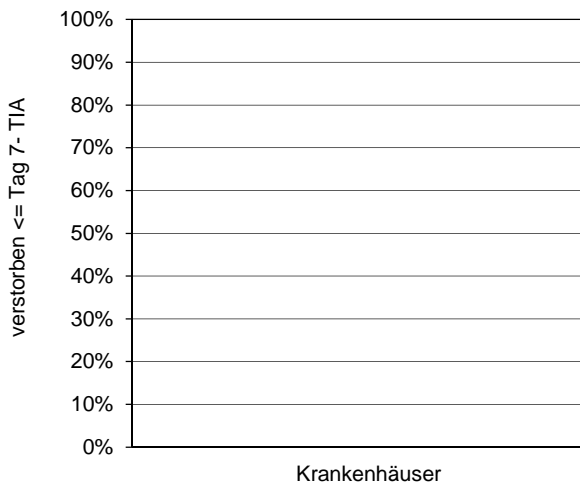
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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

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



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

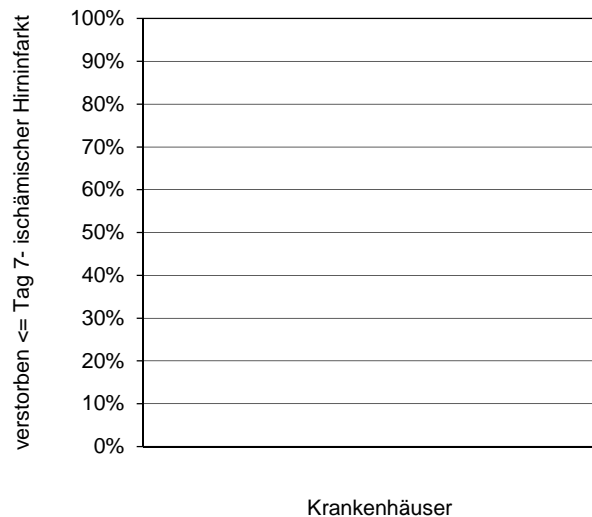
13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [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:**

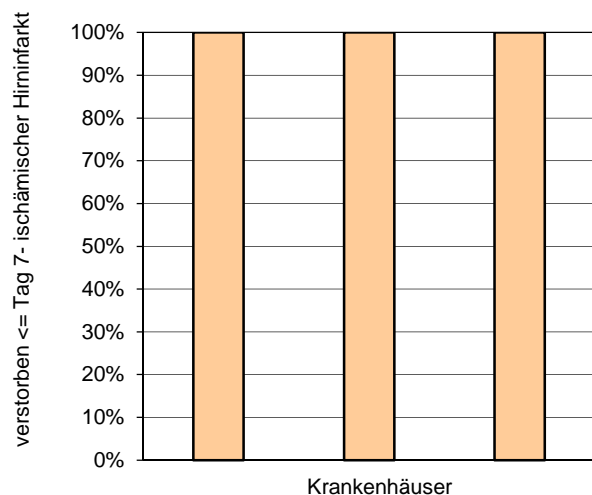
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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

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

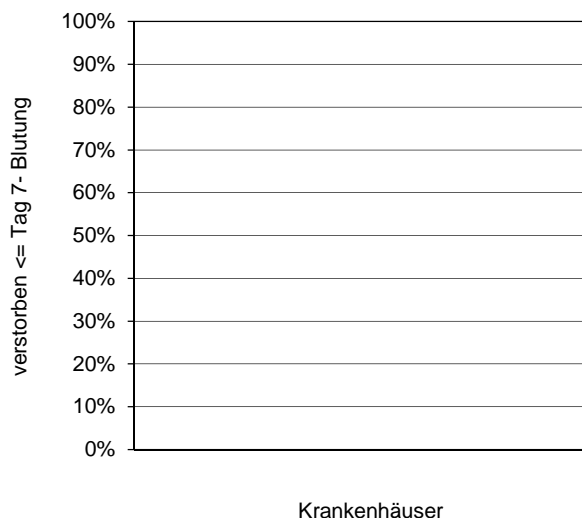
10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [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:**

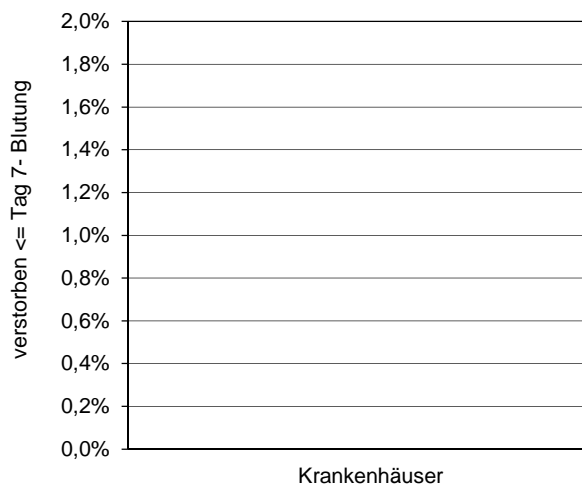
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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

1 Krankenhaus hat 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

12 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 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			564 / 646	 87,3%
Vertrauensbereich				84,5% - 89,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

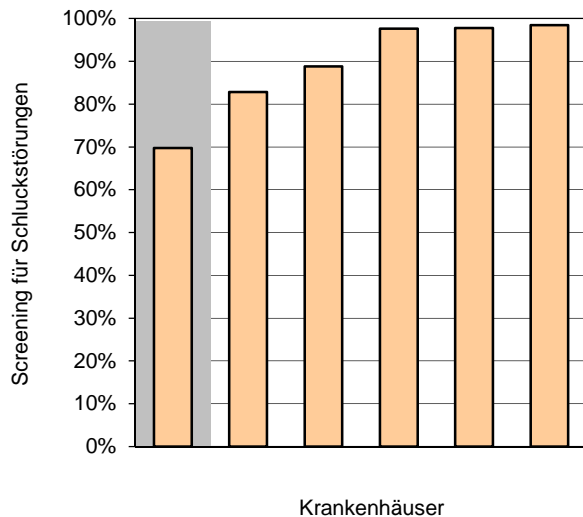
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.161 / 1.296	 89,6%
Vertrauensbereich				87,8% - 91,2%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83294]:**

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

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

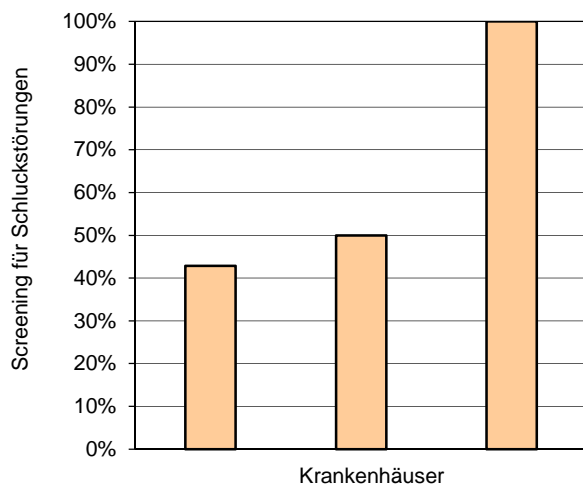
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,8	69,8	69,8	82,9	93,2	97,8	98,5	98,5	98,5

**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
	42,9	42,9	42,9	42,9	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 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 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			182 / 254	71,7%
Vertrauensbereich				65,7% - 77,1%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT) <= 30 Minuten			342 / 468	73,1%
Vertrauensbereich				68,8% - 77,0%

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



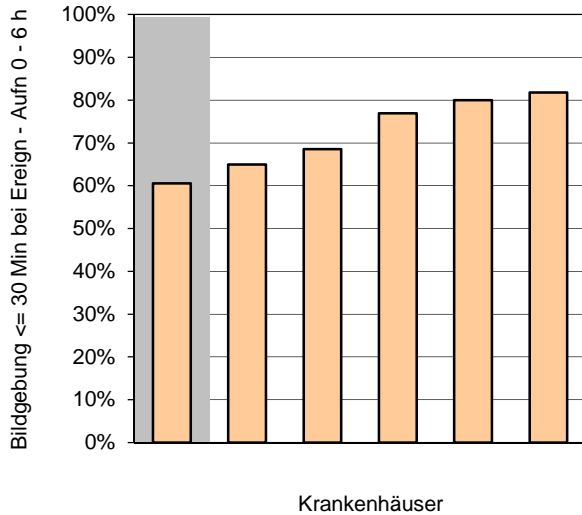
	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung (CCT und/oder MRT)				
> 30 - 60 Minuten			34 / 254	13,4%
> 1 bis 3 Stunden			19 / 254	7,5%
> 3 bis 6 Stunden			8 / 254	3,1%
> 6 Stunden			10 / 254	3,9%
1. Bildgebung vor Aufnahme			1 / 254	0,4%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 254	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:**

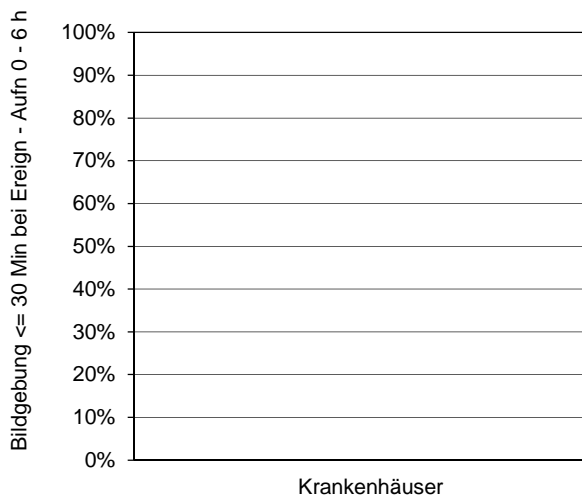
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,5	60,5	60,5	65,0	72,7	80,0	81,8	81,8	81,8

**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	0,0	0,0	0,0	0,0

4 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 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal <sup>1</sup>	
	Anzahl	%		%
Patienten mit Thrombolyse oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			70 / 108	64,8%
Vertrauensbereich				55,0% - 73,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

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

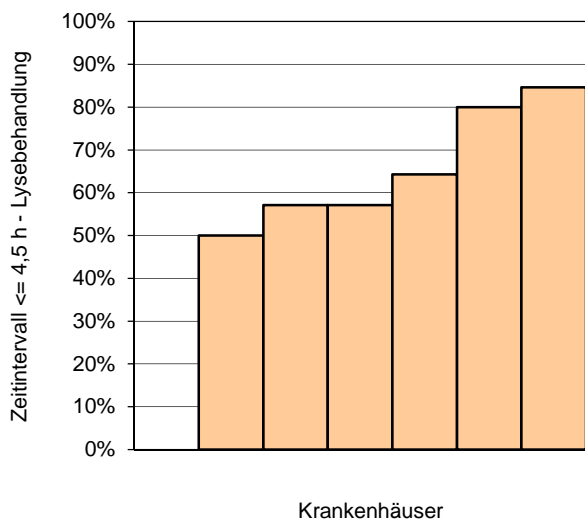
<sup>2</sup> Aufgrund der geänderten Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9\_KH, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83311]:**

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

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

7 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	50,0	57,1	80,0	84,6	84,6	84,6

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten, bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2019/apo_hh/103508
	Gruppe 2:	2019/apo_hh/103509
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 35,0%
	Gruppe 2:	>= 80,0%

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			55 / 105	52,4%
Vertrauensbereich				42,4% - 62,2%
Referenzbereich		>= 35,0%		>= 35,0%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			93 / 105	88,6%
Vertrauensbereich				80,8% - 94,0%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
Gruppe 1 <=30 Minuten			117 / 242	48,3%
Vertrauensbereich				41,9% - 54,8%
Gruppe 2 <= 60 Minuten			208 / 242	86,0%
Vertrauensbereich				80,9% - 90,1%

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

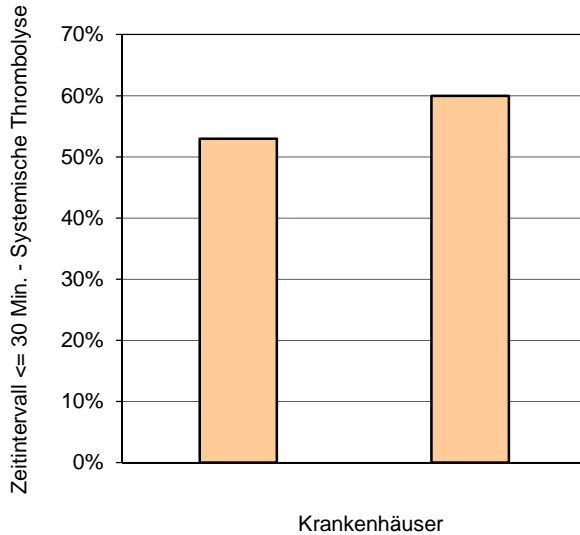
	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten			38 / 105	36,2%
> 1 - 2 Stunden			8 / 105	7,6%
> 2 - 3 Stunden			0 / 105	0,0%
> 3 - 4 Stunden			0 / 105	0,0%
> 4 - 6 Stunden			0 / 105	0,0%
> 6 Stunden			4 / 105	3,8%
keine Lyse durchgeführt			0 / 105	0,0%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2019/apo\_hh/103508]:**

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

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

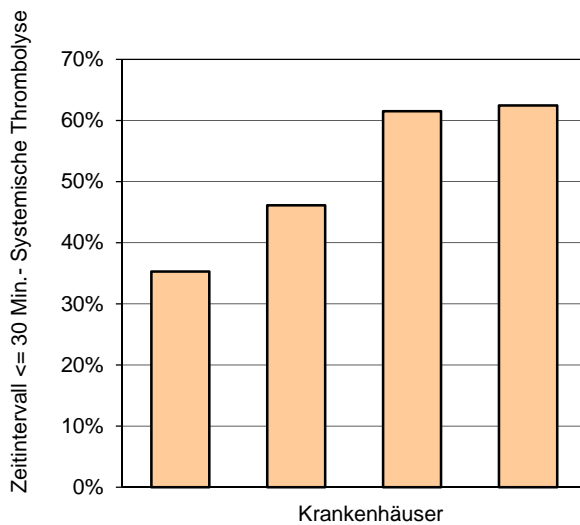
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,9	52,9	52,9	52,9	56,5	60,0	60,0	60,0	60,0

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	35,3	35,3	35,3	40,7	53,8	62,0	62,5	62,5	62,5

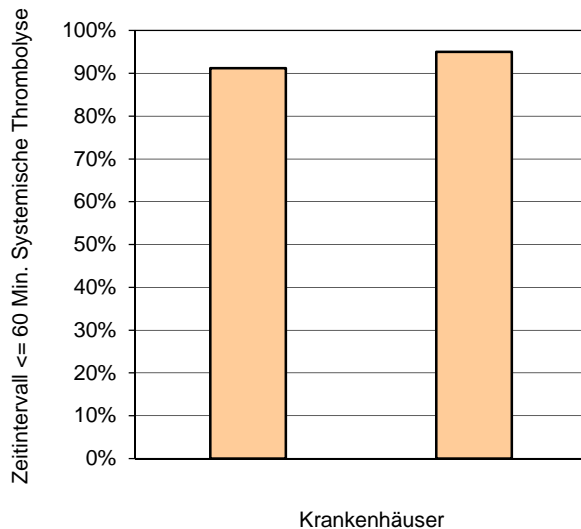
7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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:**

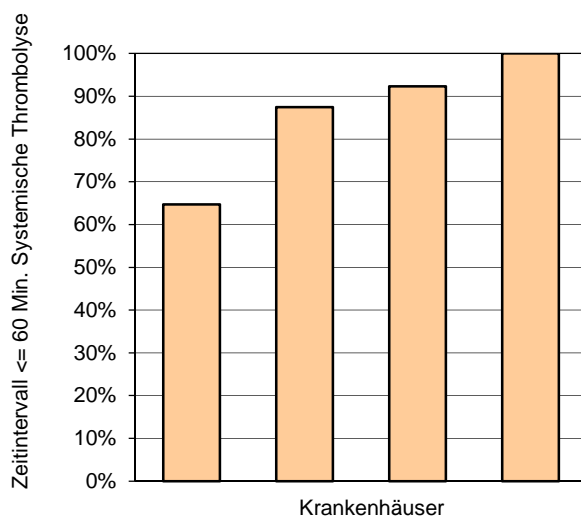
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,2	91,2	91,2	91,2	93,1	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
	64,7	64,7	64,7	76,1	89,9	96,2	100,0	100,0	100,0

7 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:**  $\geq 60,0\%$

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			6 / 7	85,7%
Vertrauensbereich				42,1% - 99,7%
Referenzbereich		$\geq 60,0\%$		$\geq 60,0\%$

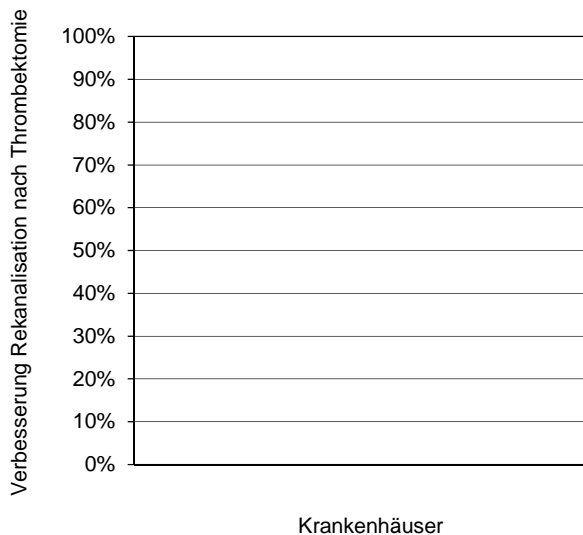
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie			19 / 97	19,6%
Vertrauensbereich				12,2% - 28,9%

**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:**

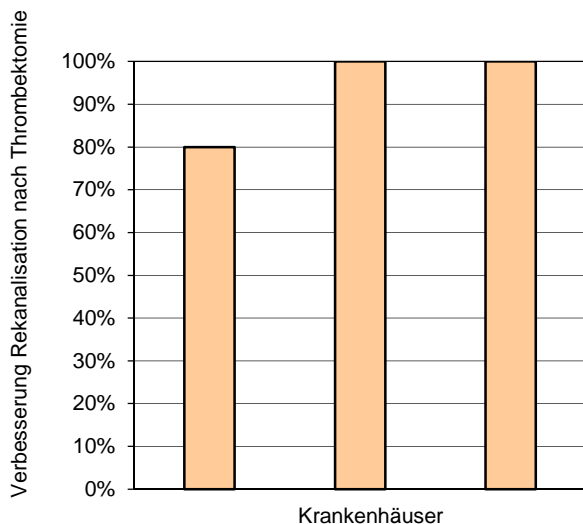
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

10 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 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			4 / 7	57,1%
Vertrauensbereich				18,4% - 90,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

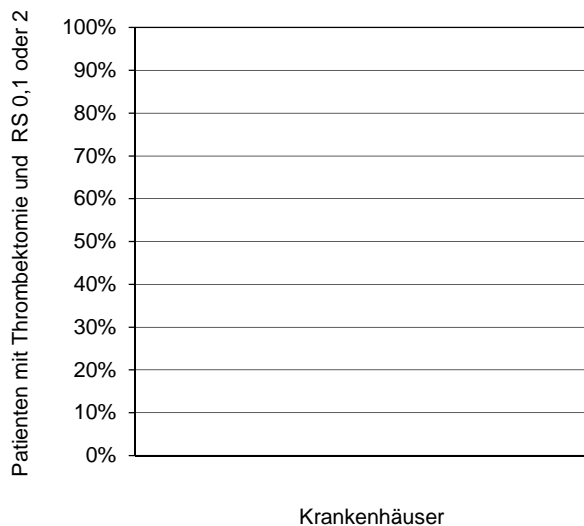
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombektomie und Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2			23 / 97	23,7%
Vertrauensbereich				15,6% - 33,5%

**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:**

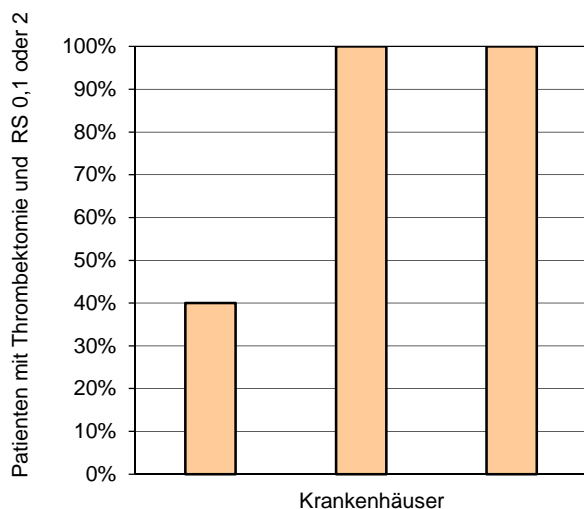
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

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

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.


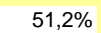



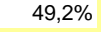
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0	40,0	40,0	40,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

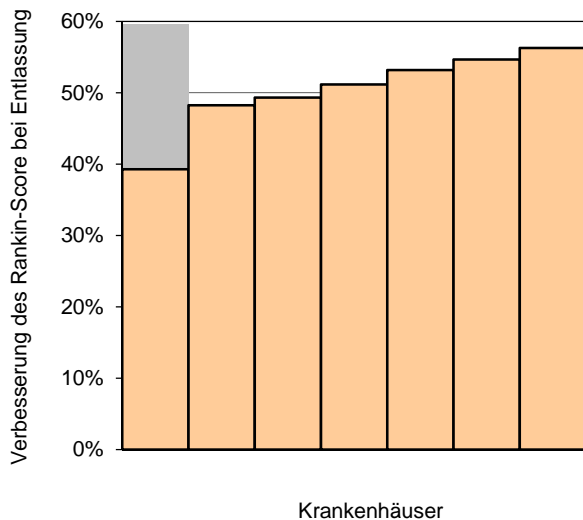
**Qualitätsziel:** Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2019/apo\_hh/83372  
**Referenzbereich:** >= 45,0%

	Krankenhaus 2019 II. Quartal	Gesamt 2019 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		553 / 1.081	 51,2%
Vertrauensbereich			48,1% - 54,2%
Referenzbereich	>= 45,0%		>= 45,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2018 II. Quartal	Gesamt 2018 II. Quartal	
	%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.034 / 2.103	 49,2%
Vertrauensbereich			47,0% - 51,3%

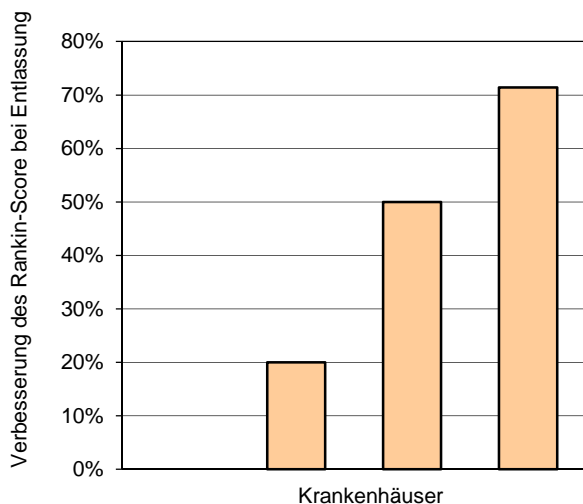
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 13, Indikator-ID 2019/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	39,3	39,3	39,3	48,3	51,2	54,7	56,3	56,3	56,3

**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	10,0	35,0	60,7	71,4	71,4	71,4

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhaus 2019 II. Quartal**

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

**Gesamt 2019 II. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
<b>Rankin bei Aufnahme</b>						
0 keine Symptome	245 22,7%	133 12,3%	94 8,7%	29 2,7%	16 1,5%	4 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	10 0,9%	52 4,8%	96 8,9%	36 3,3%	8 0,7%	3 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,3%	5 0,5%	53 4,9%	59 5,5%	20 1,9%	6 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,2%	7 0,6%	42 3,9%	30 2,8%	7 0,6%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,1%	1 0,1%	7 0,6%	21 1,9%	12 1,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%	2 0,2%	3 0,3%	22 2,0%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
<b>Rankin bei Entlassung</b>						



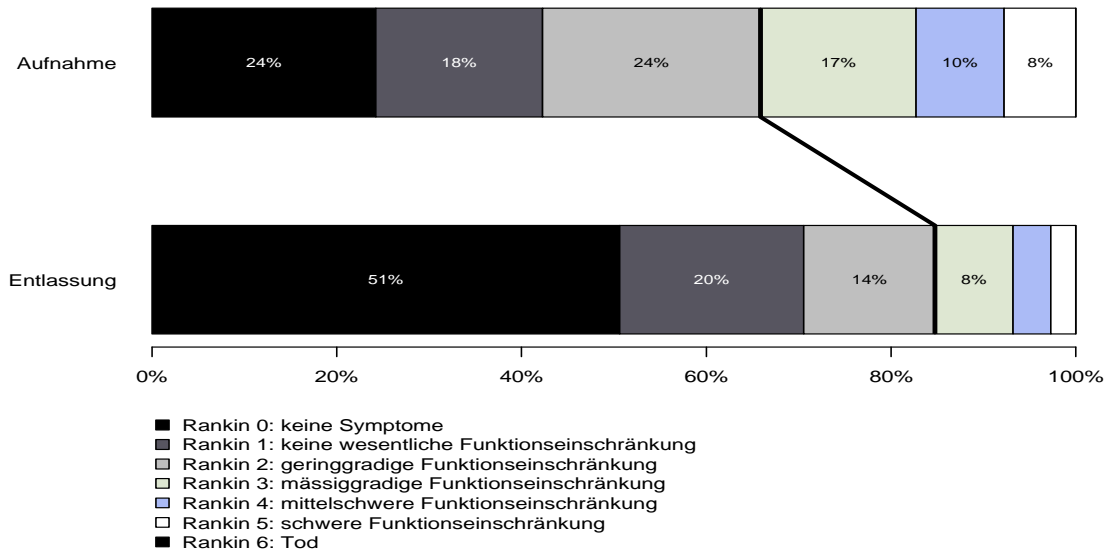
**Vorjahresdaten  
Krankenhaus 2018 II. Quartal**

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

**Vorjahresdaten**  
**Gesamt 2018 II. Quartal**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
<b>Rankin bei Aufnahme</b>						
0 keine Symptome	364 17,3%	261 12,4%	119 5,7%	55 2,6%	19 0,9%	13 0,6%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	15 0,7%	139 6,6%	152 7,2%	72 3,4%	18 0,9%	8 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	13 0,6%	123 5,8%	133 6,3%	37 1,8%	7 0,3%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	6 0,3%	20 1,0%	78 3,7%	71 3,4%	16 0,8%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	0 0,0%	9 0,4%	13 0,6%	53 2,5%	53 2,5%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	0 0,0%	4 0,2%	5 0,2%	16 0,8%	80 3,8%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
<b>Rankin bei Entlassung</b>						

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



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

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

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

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
0 - <= 2 Stunden			288 / 1.081	26,6%
> 2 - <= 3 Stunden			68 / 1.081	6,3%
> 3 - <= 6 Stunden			77 / 1.081	7,1%
> 6 - <= 24 Stunden			111 / 1.081	10,3%
> 24 - <= 48 Stunden			35 / 1.081	3,2%
> 48 Stunden			42 / 1.081	3,9%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			356 / 1.081	32,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit ETDT <= 3 Stunden			608 / 2.103	28,9%

## 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 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme bis Leistenpunktion				
0 - <= 30 Minuten			0 / 7	0,0%
> 30 - <= 60 Minuten			0 / 7	0,0%
> 60 - <= 90 Minuten			2 / 7	28,6%
> 90 - <= 120 Minuten			1 / 7	14,3%
> 120 - <= 180 Minuten			2 / 7	28,6%
> 180 Minuten			2 / 7	28,6%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			0 / 7	0,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Zeit Aufnahme bis Leistenpunktion <= 60 Minuten			18 / 97	18,6%

### 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 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden			0 / 1.081	0,0%
Alle Patienten mit Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung von				
0 - <= 2 Stunden			0 / 0	
> 2 - <= 3 Stunden			0 / 0	
> 3 - <= 6 Stunden			0 / 0	
> 6 - <= 24 Stunden			0 / 0	
> 24 - <= 48 Stunden			0 / 0	
> 48 Stunden			0 / 0	
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>				

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Aufnahme und Entlassung <i>Median (Minuten)</i>		-		-

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

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

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

**Kennzahl-ID:** 2019/apo\_hh/154383

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden			0 / 112	0,0%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt werden	-	-	-	-

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

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

**Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt**

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

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

**Kennzahl-ID:** 2019/apo\_hh/154384

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt			14 / 112	12,5%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt	-	-	-	-

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



## Basisdaten

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			1.299	100,0	2.692	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.299		2.692	

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

## Patienten

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.065		2.090	
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median		<i>Jahre</i>	<i>76,0 Jahre</i>		<i>77,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			546	51,3	1.081	51,7
weiblich			519	48,7	1.009	48,3

## Aufnahme

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Erstversorgung</b>						
ja			1.065 / 1.299	82,0	2.090 / 2.692	77,6
Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie nach Erstbehandlung in anderer Klinik			7 / 1.299	0,5	131 / 2.692	4,9
ja, aber Patient wurde ohne i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt <sup>1</sup>			0 / 1.299	0,0	-	-
ja, aber Patient wurde mit begonnener i. v. Lyse zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik verlegt <sup>1</sup>			0 / 1.299	0,0	-	-
nein, keine stationäre Aufnahme			216 / 1.299	16,6	443 / 2.692	16,5
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			839	77,6	1.634	77,7
Sonnabend oder Sonntag			242	22,4	469	22,3
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
<b>Sprechstörung</b>						
ja			282	26,1	684	32,5
nein			782	72,3	1.369	65,1
nicht bestimmbar			17	1,6	50	2,4
<b>Sprachstörung</b>						
ja			198	18,3	468	22,3
nein			872	80,7	1.592	75,7
nicht bestimmbar			11	1,0	43	2,0
<b>Motorische Ausfälle</b>						
ja			418	38,7	977	46,5
nein			656	60,7	1.100	52,3
nicht bestimmbar			7	0,6	26	1,2
<b>Schluckstörung</b>						
ja			99	9,2	255	12,1
nein			952	88,1	1.713	81,5
nicht bestimmbar			30	2,8	135	6,4
<b>Bewusstseinsstörung</b>						
ja			69	6,4	164	7,8
nein			1.011	93,5	1.931	91,8
nicht bestimmbar			1	0,1	8	0,4

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

### Aufnahme (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitpunkt des Symptombeginns bekannt						
ja			658	60,9	1.212	57,6
nein			423	39,1	891	42,4
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			188	28,6	341	28,1
> 1 - <= 2 Stunden			137	20,8	240	19,8
> 2 - <= 3 Stunden			68	10,3	117	9,7
> 3 - <= 3,5 Stunden			19	2,9	39	3,2
> 3,5 - <= 4 Stunden			23	3,5	27	2,2
> 4 - <= 6 Stunden			35	5,3	54	4,5
> 6 - <= 24 Stunden			111	16,9	187	15,4
> 24 - <= 48 Stunden			35	5,3	62	5,1
> 48 Stunden			42	6,4	107	8,8
wake up stroke						
ja			136	32,2	283	31,8
nein			287	67,8	606	68,0

## Diagnostik

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Diagnostik bei Aufnahme</b>						
<b>Bildgebung durchgeführt</b>						
keine Bildgebung erfolgt			3	0,3	10	0,5
1. Bildgebung extern			31	2,9	66	3,1
1. Bildgebung intern			1.047	96,9	2.027	96,4
wenn 1. Bildgebung intern, <b>Art der 1. Bildgebung im eigenen Haus</b>						
CCT			520	49,7	1.175	58,0
CCT mit CTA			471	45,0	765	37,7
MRT			31	3,0	41	2,0
MRT mit MRA			25	2,4	46	2,3
<b>Gefäßverschluss</b>						
ja			79	7,3	247	11,7
nein			1.002	92,7	1.856	88,3
<b>Thrombektomie</b>						
Gefäßverschluss in der Angiographie <sup>1</sup>						
ja			7	100,0	-	-
nein			0	0,0	-	-
wenn Gefäßverschluss in der Angiographie						
<b>Art des Gefäßverschlusses<sup>2</sup></b>						
Carotis T			2	28,6	-	-
M1			3	42,9	-	-
M2			2	28,6	-	-
Basilaris			0	0,0	-	-
Sonstige			0	0,0	-	-
Erfolgreiche Rekanalisation <sup>2</sup> TICI = IIb/III						
ja			6	85,7	-	-
nein			1	14,3	-	-
<b>Dauer der Symptome</b>						
nicht bestimmbar da Verlegung			18	1,7	19	0,9
<= 24 Stunden			481	44,5	844	40,1
> 24 Stunden			582	53,8	1.240	59,0

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

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

### Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Weiterführende Diagnostik</b>						
<b>Neurosonographie der hirnversorgenden Gefäße<sup>1</sup></b>						
extrakraniell			1.013	94,5	2.012	96,1
Intrakraniell			1.011	94,3	1.980	94,6
<b>Schlucktest nach Protokoll durchgeführt<sup>1</sup></b>						
ja			871	81,3	1.744	83,3
nein			194	18,1	336	16,1
nicht durchführbar			7	0,7	13	0,6
<b>Vorhofflimmern<sup>1</sup></b>			261	24,3	706	33,7
<b>Komplikationen - Pneumonie<sup>1</sup></b>						
nein			1.026		1.946	
ja			46		147	
<b>Rekanalisationstherapie von Stenosen der A. carotis<sup>1</sup></b>						
nein			1.058	98,7	2.044	97,7
Stent im Rahmen der Akuttherapie mittels Thrombektomie			3	0,3	20	1,0
Stenting im Verlauf			3	0,3	14	0,7
TEA			8	0,7	15	0,7

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

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

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			654	60,5	1.360	64,7
TIA			357	33,0	607	28,9
ICB			70	6,5	136	6,5
unklar			0	0,0	0	0,0

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

### Rankin Skala

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung bei Aufnahme</b>						
Rankin 0			262	24,2	387	18,4
Rankin 1			195	18,0	422	20,1
Rankin 2			255	23,6	434	20,6
Rankin 3			182	16,8	368	17,5
Rankin 4			103	9,5	231	11,0
Rankin 5			84	7,8	261	12,4
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			521	50,6	831	42,1
Rankin 1			205	19,9	404	20,5
Rankin 2			146	14,2	315	15,9
Rankin 3			87	8,5	191	9,7
Rankin 4			42	4,1	129	6,5
Rankin 5			28	2,7	105	5,3

## Rehabilitation

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Beginn Physiotherapie<sup>1</sup></b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			801	74,7	1.625	77,6
> Tag 2 nach Aufnahme			19	1,8	52	2,5
keine			252	23,5	416	19,9
<b>Beginn Logopädie<sup>1</sup></b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			684	63,8	1.463	69,9
> Tag 2 nach Aufnahme			15	1,4	43	2,1
keine			373	34,8	587	28,0

## Therapie bei Entlassung

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulantien<sup>1</sup></b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			279	26,0	708	33,8
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer<sup>1</sup></b>			786	73,3	1.610	76,9
<b>Antihypertensiva<sup>1</sup></b>			820	76,5	1.702	81,3
<b>Antidiabetika<sup>1</sup></b>			180	16,8	372	17,8
<b>Statine<sup>1</sup></b>			892	83,2	1.692	80,8

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

## Entlassung

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsart<sup>1</sup></b>						
nach Hause			730	68,1	1.338	63,9
Rehabilitationsklinik (intern/extern)			205	19,1	396	18,9
andere Abteilung			35	3,3	109	5,2
externe Akut-Klinik			13	1,2	24	1,1
Pflegeeinrichtung			59	5,5	132	6,3
verstorben			30	2,8	94	4,5
<b>wenn Entlassung in eine externe Akut-Klinik<sup>1</sup></b>						
zur Thrombektomie			0	0,0	9	26,5
zur Desobliteration der A. carotis			5	38,5	6	17,6
zur Hemikraniektomie			2	15,4	3	8,8
aus anderen Gründen			6	46,2	16	47,1
<b>wenn verstorben</b>						
Durchführung einer palliativ-medizinischen Behandlung <sup>1</sup>			25	83,3	83	88,3
keine palliativ-medizinische Behandlung durchgeführt <sup>1</sup>			5	16,7	11	11,7
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			1.081	100,0	2.103	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>7,0 Tage</i>		<i>8,3 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>5,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	

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



## Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse/ Thrombektomie<sup>1</sup></b>						
keine i.v. Lyse oder Thrombektomie			956	89,2	1.798	85,9
i.v. Lyse extern begonnen, danach keine Thrombektomie			10	0,9	6	0,3
i.v. Lyse intern, danach keine Thrombektomie			99	9,2	195	9,3
i.v. Lyse extern begonnen, dann Thrombektomie			0	0,0	8	0,4
i.v. Lyse intern durchgeführt, dann Thrombektomie			6	0,6	44	2,1
Thrombektomie ohne vorherige i.v. Lyse			1	0,1	42	2,0
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie<sup>1</sup></b>						
<= 30 Minuten			59	54,1	93	44,5
> 30 - <= 60 Minuten			38	34,9	79	37,8
> 1 - <= 2 Stunden			8	7,3	23	11,0
> 2 - <=3 Stunden			0	0,0	3	1,4
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	1	0,5
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			4	3,7	10	4,8
keine Lyse durchgeführt			0		0	
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			438	40,5	831	39,5
> 30 - <= 60 Minuten			157	14,5	323	15,4
> 1 - <= 3 Stunden			266	24,6	508	24,2
> 3 - <= 6 Stunden			104	9,6	205	9,7
> 6 Stunden			81	7,5	155	7,4
1. Bildgebung vor Aufnahme			31	2,9	66	3,1
keine Bildgebung erfolgt			3	0,3	10	0,5
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b>						
<= 2 (leicht)			646	62,8	1.150	58,2
3 - 8 (mittel)			290	28,2	563	28,5
9 - 20 (schwerwiegend)			84	8,2	208	10,5
> 20 (sehr schwerwiegend)			8	0,8	42	2,1
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

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

## Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Krankenhaus 2019 II. Quartal		Gesamt 2019 II. Quartal		Gesamt 2018 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			892	82,5	1.697	80,7
Antihypertensiva			820	75,9	1.711	81,4
Antidiabetika			180	16,7	376	17,9
keine Angabe			9	0,8	0	0,0
<b>Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses<sup>1</sup></b>						
unabhängig zu Hause			922	86,0	1.756	83,9
Pflege zu Hause			80	7,5	160	7,6
Pflege in Institution			70	6,5	177	8,5
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

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

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

##### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

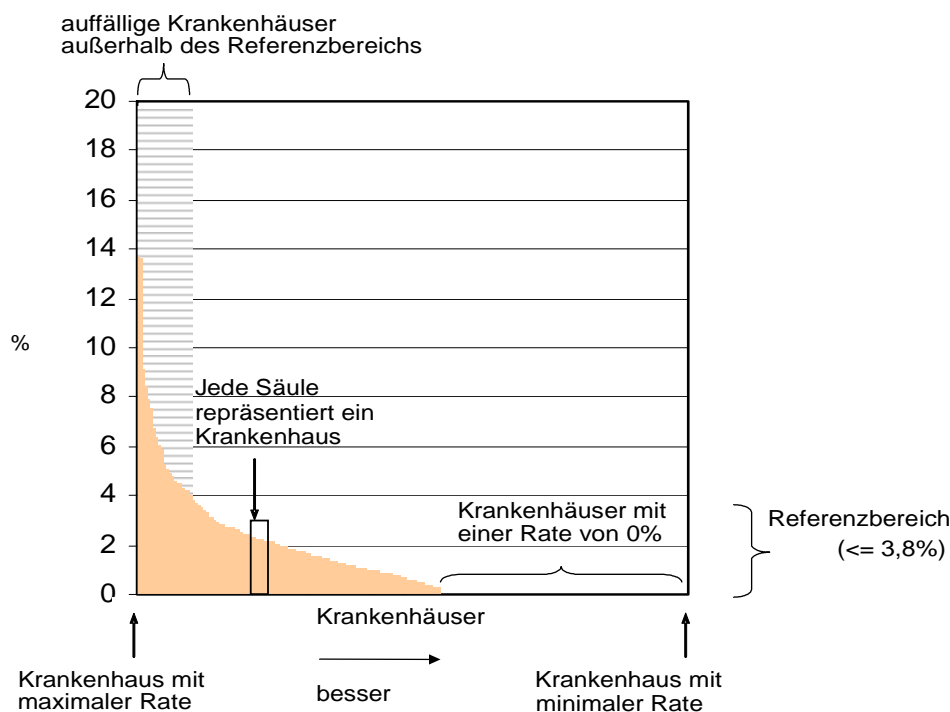
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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



### 3. Basisauswertung

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

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 6. Interpretation der Ergebnisse

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

## 7. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

### Median der Krankenhausergebnisse

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

### Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

### Rate

Siehe Anteil

### Statistische Maßzahlen

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

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

### Verhältnis

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

### Vertrauensbereich

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

### BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH  
Standort Düsseldorf  
Vogelsanger Weg 80  
D-40470 Düsseldorf

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