

Jahresauswertung 2012 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.816
Datensatzversion: apo_hh 2012 2.0
Datenbankstand: 05. Februar 2013
2012 - D12349-L80700-P38372

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 309
D-20537 Hamburg

Kontakt:
Tel.: 040 / 25 40 78-40
E-Mail: info-hh@bqs-institut.de
URL: www.bqs-institut.de

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2012 im I. - IV. 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 2011 im I. - IV. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/apo_hh/83254 QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			81,8%	>= 50,0%	1.1
2012/apo_hh/83284 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			90,2%	>= 80,0%	1.3
2012/apo_hh/83285 QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			88,1%	>= 70,0%	1.5
2012/apo_hh/83286 QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,2%	>= 90,0%	1.7
2012/apo_hh/83287 QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,8%	>= 90,0%	1.9
2012/apo_hh/83288 QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			80,1%	>= 60,0%	1.11
2012/apo_hh/83290 QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			87,1%	>= 75,0%	1.13

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/apo_hh/83291 QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,8%	>= 95,0%	1.15
2012/apo_hh/83292 QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			96,4%	>= 90,0%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2012/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,4%	<= 0,5%	1.19
2012/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			3,5%	<= 4,0%	1.19
2012/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			20,7%	<= 25,0%	1.19
2012/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			86,4%	>= 65,0%	1.24
2012/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			33,0%	>= 30,0%	1.26

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
2012/apo_hh/98323 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			64,1%	>= 65,0%	1.28
2012/apo_hh/98326 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			59,1%	>= 65,0%	1.28
2012/apo_hh/103490 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			63,0%	>= 65,0%	1.28
2012/apo_hh/83303 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			89,6%	>= 65,0%	1.28
2012/apo_hh/83307 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			85,8%	>= 60,0%	1.28
2012/apo_hh/103491 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			88,9%	>= 60,0%	1.28
2012/apo_hh/103499 > 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			86,1%	>= 60,0%	1.28

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyserate					
2012/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h,					
NIHSS >= 4 und <= 25			59,4%	>= 35,0%	1.39
2012/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h,					
NIHSS >= 4 und <= 25			13,3%	>= 5,0%	1.39
2012/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h,					
NIHSS >= 4 und <= 25			53,6%	>= 30,0%	1.39
2012/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h,					
NIHSS >= 4 und <= 25			8,3%	>= 5,0%	1.39

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 15: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time					
2012/apo_hh/83314 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			30,2%	>= 75,0%	1.45
2012/apo_hh/83321 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			20,6%	>= 65,0%	1.45
2012/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			29,6%	>= 75,0%	1.45
2012/apo_hh/83313 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			85,8%	>= 65,0%	1.45
2012/apo_hh/83320 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			84,1%	>= 60,0%	1.45
2012/apo_hh/103509 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			85,7%	>= 70,0%	1.45
2012/apo_hh/103518 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			84,0%	>= 60,0%	1.45
2012/apo_hh/83372 QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			50,5%	>= 35,0%	1.56

Qualitätsindikator 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)

Qualitätsziel: Information von Patienten und/oder Angehörigen vor Entlassung durch Sozialdienst/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 50,0%

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			6.572 / 8.036	81,8%
Vertrauensbereich				80,9% - 82,6%
Referenzbereich		>= 50,0%		>= 50,0%

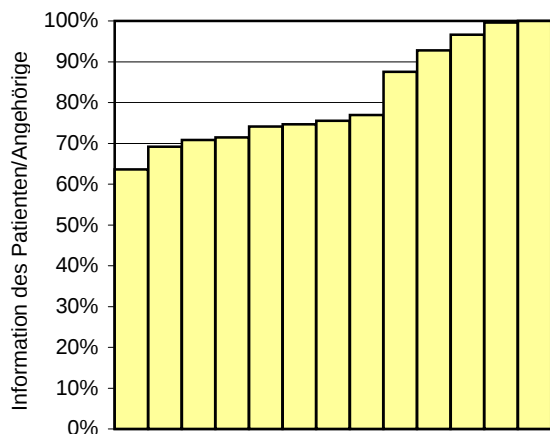
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			6.339 / 7.830	81,0%
Vertrauensbereich				80,1% - 81,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83254]:

Anteil von Patienten mit Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung durch Arzt zu Krankheitsverlauf/Prävention und mit Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung durch Sozialdienst/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten (Ausschluss verstorbene Patienten)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

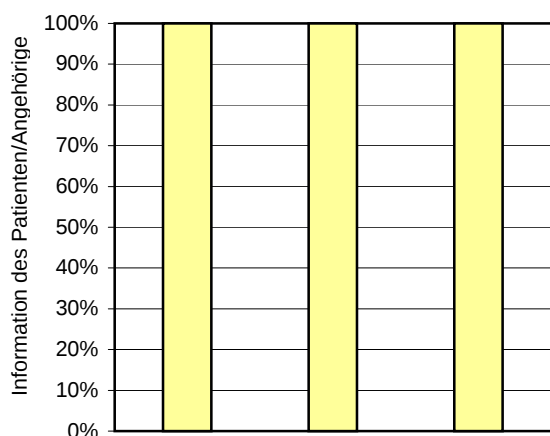


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,6	63,6	69,2	71,5	75,6	92,8	99,6	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

Qualitätsziel: Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall ($\leq$ 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 (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA)

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83284

Referenzbereich: $\geq 80,0\%$

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			2.613 / 2.896	90,2%
Vertrauensbereich				89,1% - 91,3%
Referenzbereich		$\geq 80,0\%$		$\geq 80,0\%$

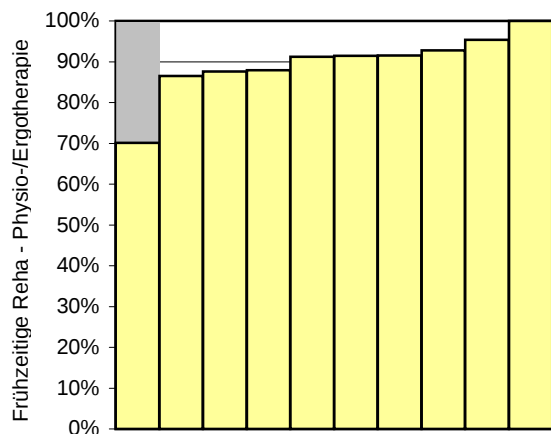
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			2.560 / 2.818	90,8%
Vertrauensbereich				89,7% - 91,9%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83284]:

Anteil von Patienten mit physiotherapeutischer und/oder ergotherapeutischer Behandlung ≤ 2 Tage nach Aufnahme an allen Patienten mit Lähmung und deutlicher Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

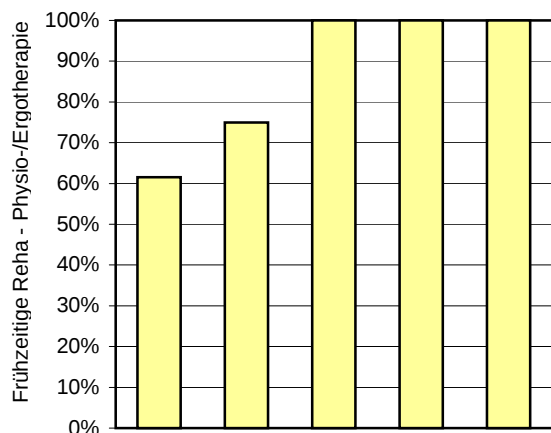


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,1	70,1	78,3	87,6	91,3	92,8	97,7	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,5	61,5	61,5	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: 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)

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 70,0%

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			2.733 / 3.101	88,1%
Vertrauensbereich				86,9% - 89,3%
Referenzbereich		>= 70,0%		>= 70,0%

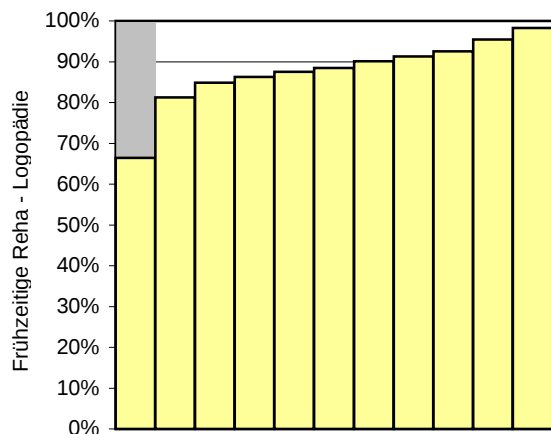
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			2.700 / 3.061	88,2%
Vertrauensbereich				87,0% - 89,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83285]:

Anteil von Patienten mit logopädischer Behandlung <= 2 Tage nach Aufnahme an allen Patienten mit Sprach- und Sprechstörung (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

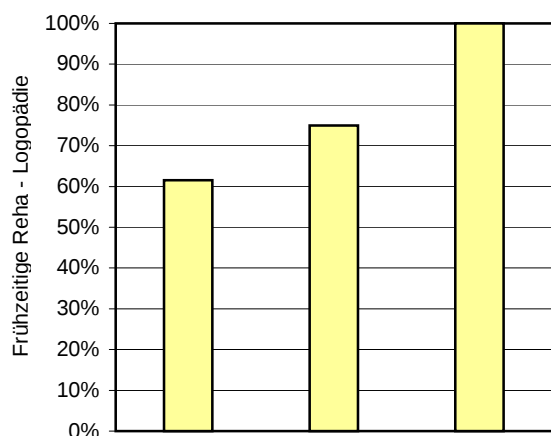


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,4	66,4	81,3	84,9	88,5	92,6	95,4	98,3	98,3

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,5	61,5	61,5	61,5	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis

Qualitätsziel: Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern nach Hirninfarkt oder TIA innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis sofern eine intrakranielle Blutung ausgeschlossen werden konnte

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Antikoagulation, Patienten < 18 Jahre, sowie Patienten mit Intervall Ereignis - Aufnahme > 48 Stunden)

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			4.633 / 4.817	96,2%
Vertrauensbereich				95,6% - 96,7%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

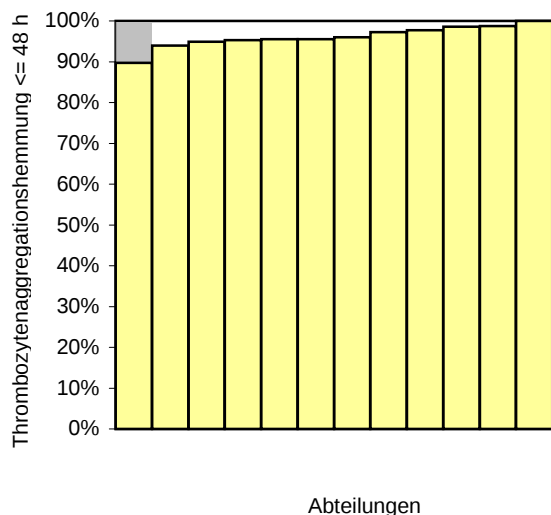
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			4.663 / 4.837	96,4%
Vertrauensbereich				95,8% - 96,9%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83286]:

Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern ≤ 48 Stunden nach Ereignis an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten mit Antikoagulation, Patienten < 18 Jahre, sowie Patienten mit Intervall Ereignis - Aufnahme > 48 Stunden)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

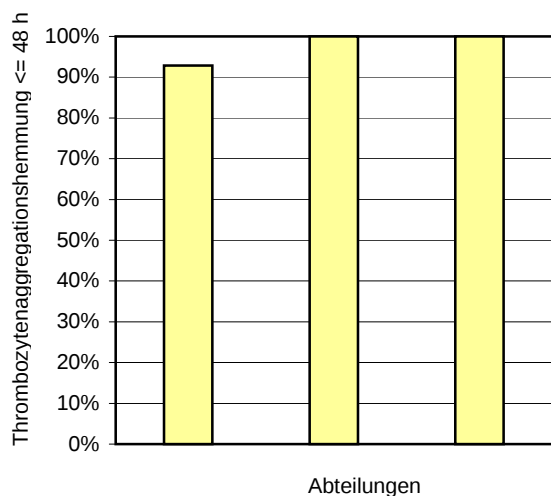
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,7	89,7	94,0	95,1	95,7	98,1	98,8	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,9	92,9	92,9	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			5.807 / 6.128	94,8%
Vertrauensbereich				94,2% - 95,3%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

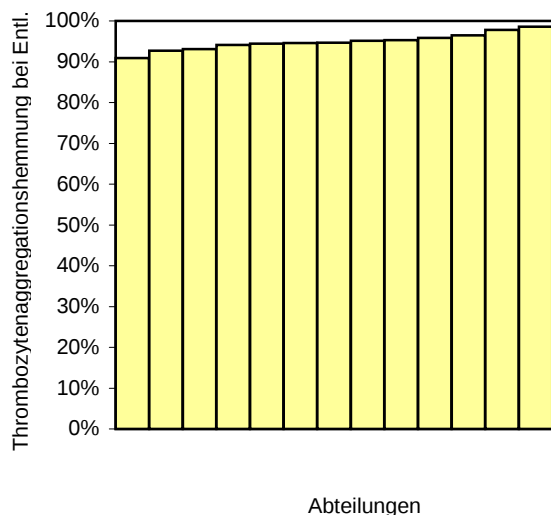
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			5.824 / 6.151	94,7%
Vertrauensbereich				94,1% - 95,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83287]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

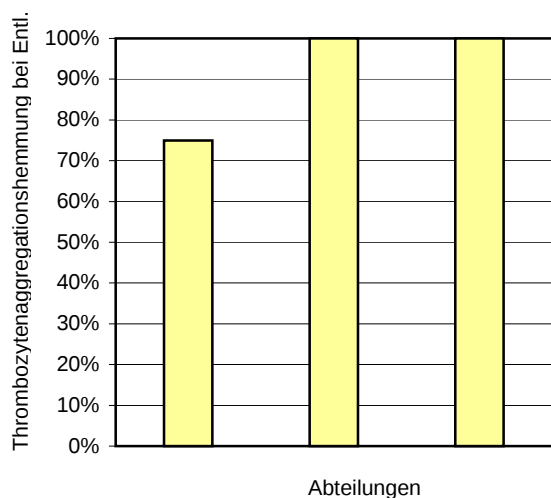
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,9	90,9	92,7	94,1	94,7	95,8	97,8	98,6	98,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: 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 (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 60,0%

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			936 / 1.169	80,1%
Vertrauensbereich				77,7% - 82,3%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%

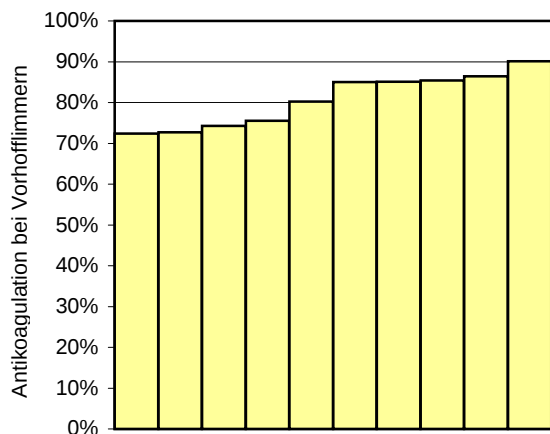
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			838 / 1.175	71,3%
Vertrauensbereich				68,6% - 73,9%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83288]:

Anteil von Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Entlassungsart nach Hause oder Reha-Klinik und mit wenig Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

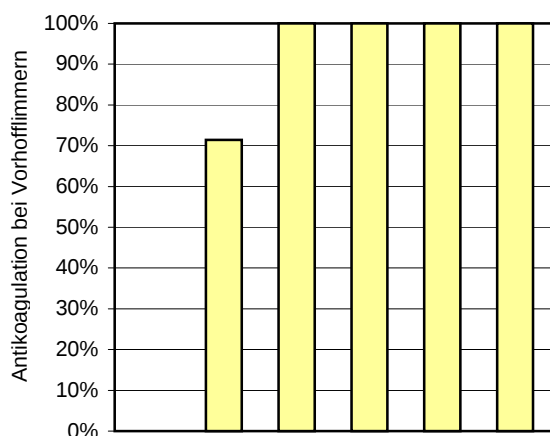


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,4	72,4	72,6	74,3	82,6	85,4	88,3	90,1	90,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	71,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Frühzeitige Mobilisierung

Qualitätsziel:	Frühzeitige Mobilisierung bettlägeriger Patienten innerhalb <= 2 Tage nach Aufnahme
Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit Lagewechsel Bett - Stuhl „mit Unterstützung“ oder „unmöglich“ im Barthel-Index bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit TIA und/oder Beatmung und/oder Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme)
Kennzahl-ID:	2012/apo_hh/83290
Referenzbereich:	>= 75,0%

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.414 / 3.921	87,1%
Vertrauensbereich				86,0% - 88,1%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

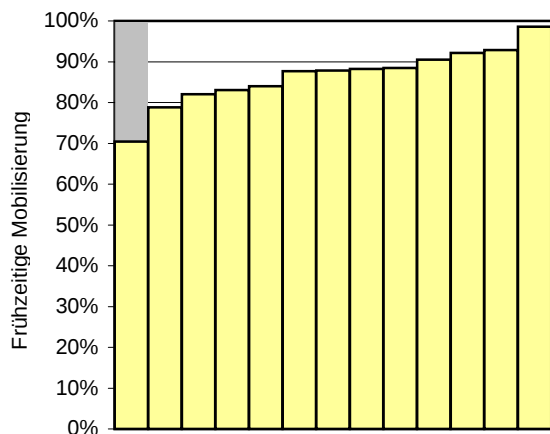
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.266 / 3.738	87,4%
Vertrauensbereich				86,3% - 88,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83290]:

Anteil von Patienten mit Mobilisierung <= 2 Tage nach Aufnahme an allen Patienten mit Lagewechsel Bett-Stuhl "mit Unterstützung" oder "unmöglich" (Ausschluss: Patienten mit TIA und/oder Beatmung und/oder Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

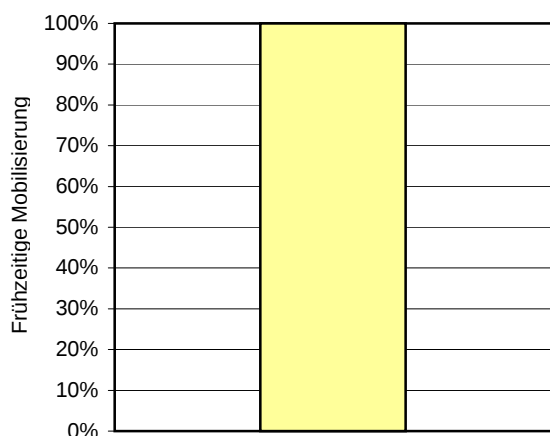


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,4	70,4	78,8	83,1	87,8	90,5	92,9	98,6	98,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	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 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall

Qualitätsziel: Durchführung einer Bildgebung (CCT und/oder MRT) bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall oder TIA

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83291

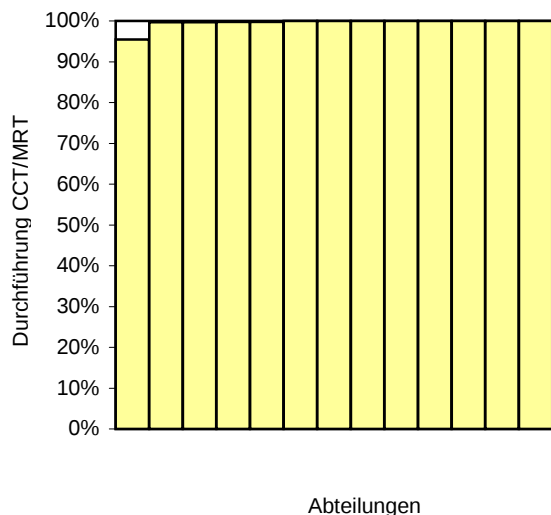
Referenzbereich: >= 95,0%

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			8.475 / 8.488	99,8%
Vertrauensbereich				99,7% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			8.237 / 8.257	99,8%
Vertrauensbereich				99,6% - 99,9%

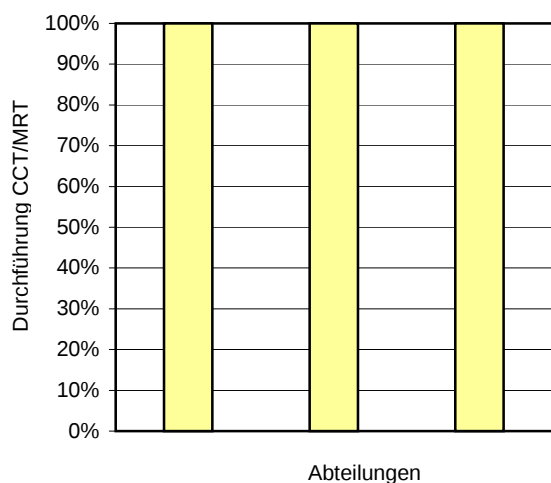
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,5	95,5	99,7	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

Qualitätsziel: Durchführung einer extrakraniellen Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder Transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographie oder Computertomographische Angiographie) bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83292

Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			7.640 / 7.924	96,4%
Vertrauensbereich				96,0% - 96,8%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

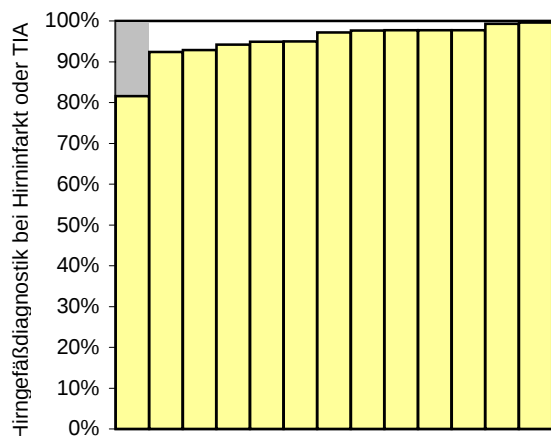
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			7.495 / 7.745	96,8%
Vertrauensbereich				96,4% - 97,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83292]:

Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

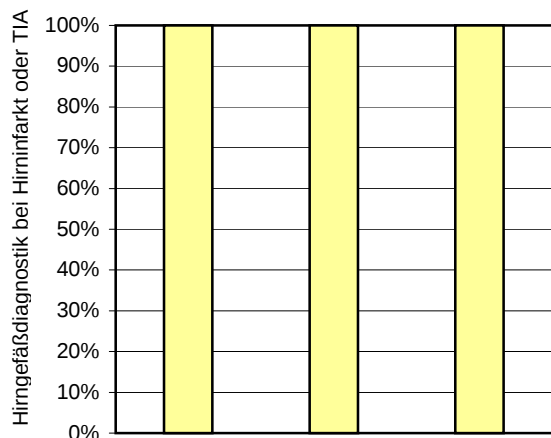


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,6	81,6	92,4	94,2	97,2	97,7	99,3	99,6	99,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Alle Patienten mit TIA
Gruppe 2: Alle Patienten mit Schlaganfall
Gruppe 3: Alle Patienten mit Blutung

Kennzahl-ID:

Gruppe 1: 2012/apo_hh/83293
Gruppe 2: 2012/apo_hh/83385
Gruppe 3: 2012/apo_hh/83386

Referenzbereich:

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

	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

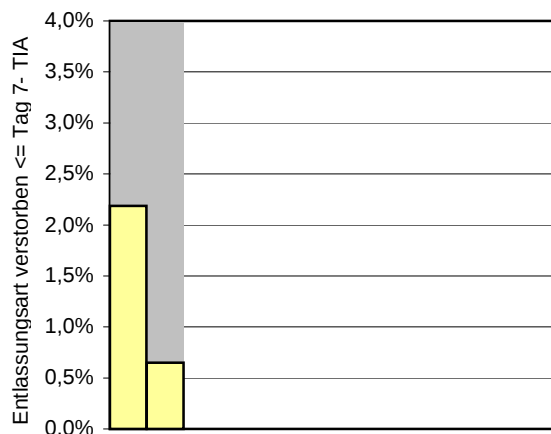
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	10 / 2.803 0,4%	181 / 5.121 3,5%	117 / 564 20,7%
Vertrauensbereich	0,2% - 0,7%	3,0% - 4,1%	17,5% - 24,3%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	2 / 2.612 0,1% 0,0% - 0,3%	192 / 5.133 3,7% 3,2% - 4,3%	82 / 512 16,0% 12,9% - 19,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA

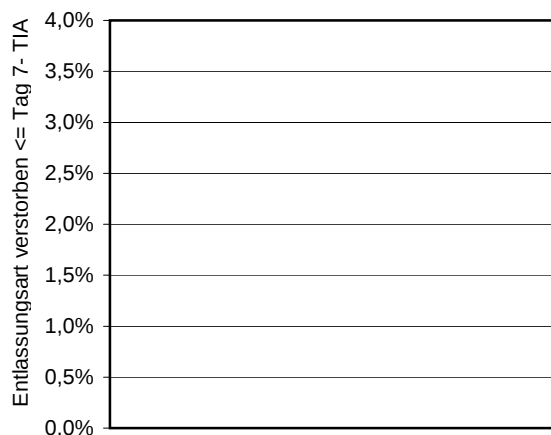
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,2	2,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

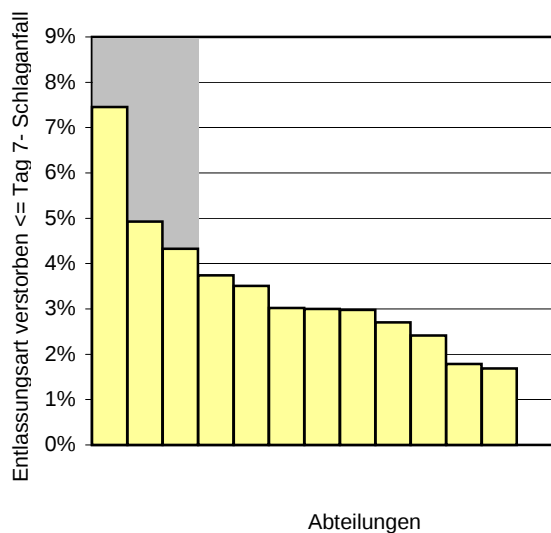
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83385]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

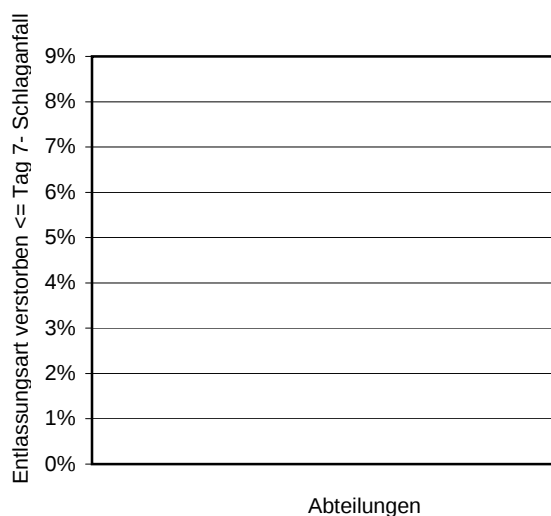
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	1,7	2,4	3,0	3,7	4,9	7,5	7,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

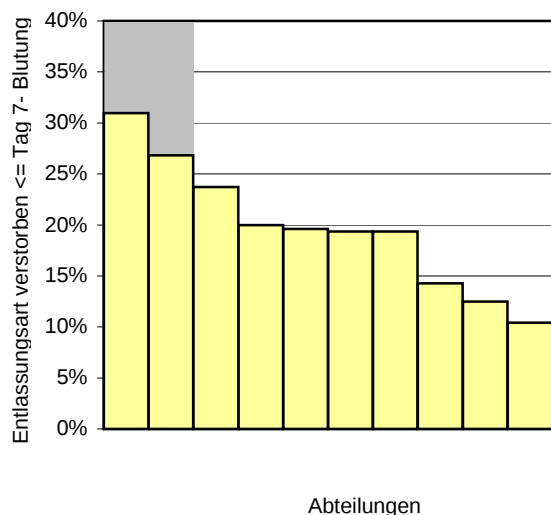


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

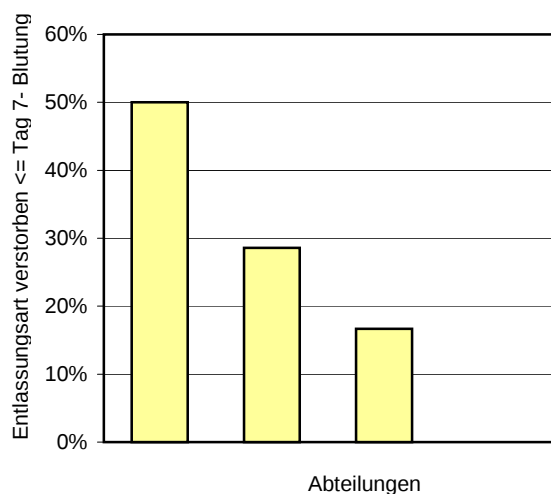
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,4	10,4	11,5	14,3	19,5	23,7	28,9	31,0	31,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	8,3	22,6	39,3	50,0	50,0	50,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: 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)

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83294

Referenzbereich: $\geq 65,0\%$

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.024 / 4.658	86,4%
Vertrauensbereich				85,4% - 87,4%
Referenzbereich		$\geq 65,0\%$		$\geq 65,0\%$

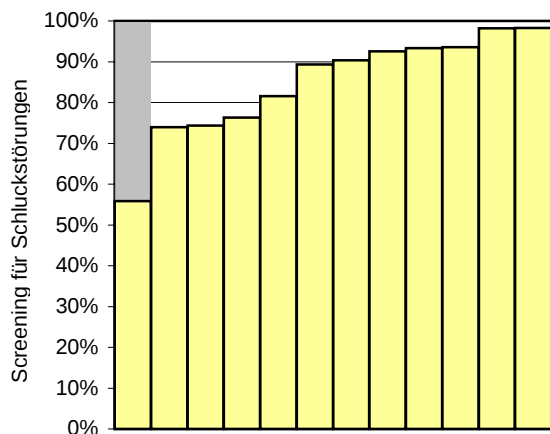
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			3.895 / 4.663	83,5%
Vertrauensbereich				82,4% - 84,6%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83294]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

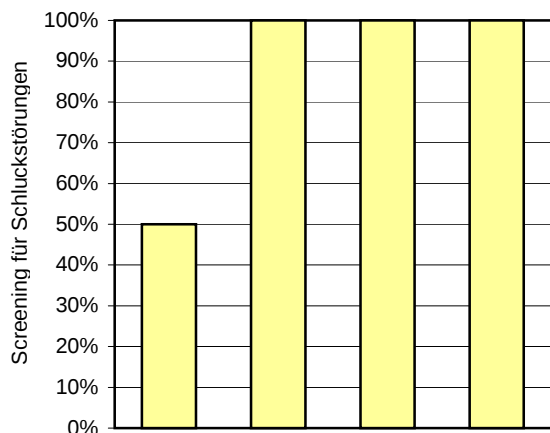


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,9	55,9	73,9	75,3	89,9	93,5	98,2	98,3	98,3

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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: 2012/apo_hh/83295

Referenzbereich: >= 30,0%

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			698 / 8.488	8,2%
> 1 - <= 2 Stunden			1.191 / 8.488	14,0%
> 2 - <= 3 Stunden			911 / 8.488	10,7%
> 3 - <= 3,5 Stunden			370 / 8.488	4,4%
> 3,5 - <= 4 Stunden			347 / 8.488	4,1%
> 4 - <= 6 Stunden			1.013 / 8.488	11,9%
> 6 - <= 24 Stunden			1.615 / 8.488	19,0%
> 24 - <= 48 Stunden			610 / 8.488	7,2%
> 48 Stunden			1.007 / 8.488	11,9%
wake up stroke			295 / 8.488	3,5%
unbekannt			431 / 8.488	5,1%
<= 3 Stunden			2.800 / 8.488	33,0%
Vertrauensbereich				32,0% - 34,0%
Referenzbereich		>= 30,0%		>= 30,0%

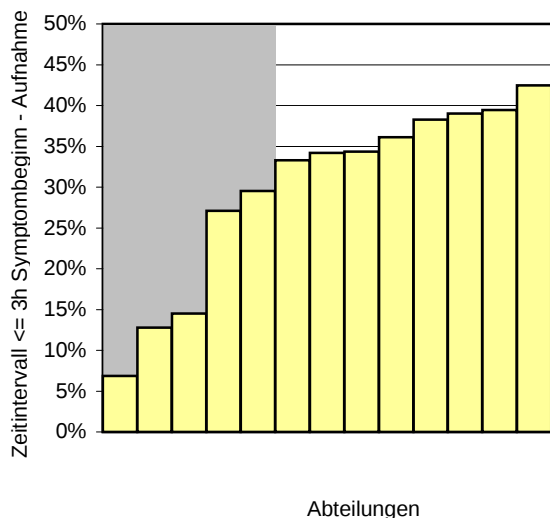
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			2.545 / 8.257	30,8%
Vertrauensbereich				29,8% - 31,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83295]:

Anteil von Patienten mit Zeitintervall zwischen Symptombeginn und Aufnahme ≤ 3 Stunden an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

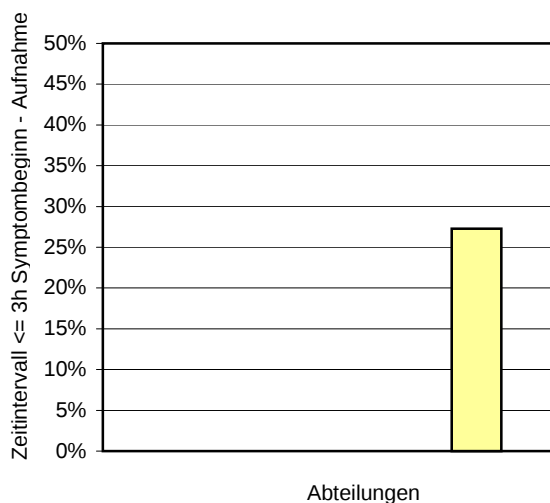
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,9	6,9	12,8	27,1	34,2	38,3	39,5	42,5	42,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	27,3	27,3	27,3	27,3

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 bzw. > 3 bis 6 Stunden, 0 bis 4 bzw. > 4 bis 6 Stunden

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/98323 <= 60 Min. 2012/apo_hh/83303	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/98326 <= 60 Min. 2012/apo_hh/83307	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/103490 <= 60 Min. 2012/apo_hh/103491	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. 2012/apo_hh/103499	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min. >= 65,0% <= 60 Min. >= 65,0%	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. >= 65,0% <= 60 Min. >= 60,0%	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. >= 65,0% <= 60 Min. >= 60,0%	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. >= 60,0%	

	Abteilung 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 65,0%	>= 65,0%	>= 65,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 65,0%	>= 60,0%	>= 60,0%	>= 60,0%

	Abteilung 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 bis 3 Stunden				
> 3 bis 6 Stunden				
> 6 Stunden				
1. Bildgebung vor Aufnahme				
keine Bildgebung erfolgt				

	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	1.070 / 1.669 64,1%	600 / 1.016 59,1%	1.288 / 2.045 63,0%	382 / 640 59,7%
Vertrauensbereich Referenzbereich	61,8% - 66,4% >= 65,0%	56,0% - 62,1% >= 65,0%	60,8% - 65,1% >= 65,0%	
<= 60 Minuten	1.496 / 1.669 89,6%	872 / 1.016 85,8%	1.817 / 2.045 88,9%	551 / 640 86,1%
Vertrauensbereich Referenzbereich	88,1% - 91,1% >= 65,0%	83,5% - 87,9% >= 60,0%	87,4% - 90,2% >= 60,0%	83,2% - 88,7% >= 60,0%
> 30 - 60 Minuten	426 / 1.669 25,5%	272 / 1.016 26,8%	529 / 2.045 25,9%	169 / 640 26,4%
> 1 bis 3 Stunden	143 / 1.669 8,6%	97 / 1.016 9,5%	181 / 2.045 8,9%	59 / 640 9,2%
> 3 bis 6 Stunden	15 / 1.669 0,9%	18 / 1.016 1,8%	18 / 2.045 0,9%	15 / 640 2,3%
> 6 Stunden	7 / 1.669 0,4%	12 / 1.016 1,2%	12 / 2.045 0,6%	7 / 640 1,1%
1. Bildgebung vor Aufnahme	5 / 1.669 0,3%	16 / 1.016 1,6%	13 / 2.045 0,6%	8 / 640 1,3%
keine Bildgebung erfolgt	3 / 1.669 0,2%	1 / 1.016 0,1%	4 / 2.045 0,2%	0 / 640 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

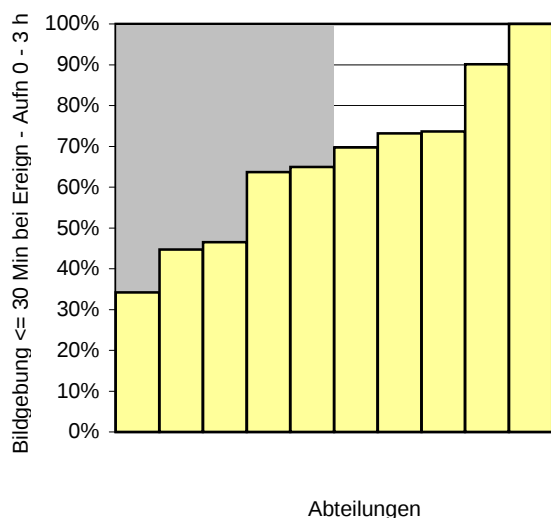
Vorjahresdaten	Gesamt 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	958 / 1.561 61,4%	441 / 966 45,7%	1.121 / 1.951 57,5%	
Vertrauensbereich	58,9% - 63,8%	42,5% - 48,9%	55,2% - 59,7%	
<= 60 Minuten	1.372 / 1.561 87,9%	778 / 966 80,5%	1.676 / 1.951 85,9%	474 / 576 82,3%
Vertrauensbereich	86,2% - 89,5%	77,9% - 83,0%	84,3% - 87,4%	78,9% - 85,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/98323]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 30 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

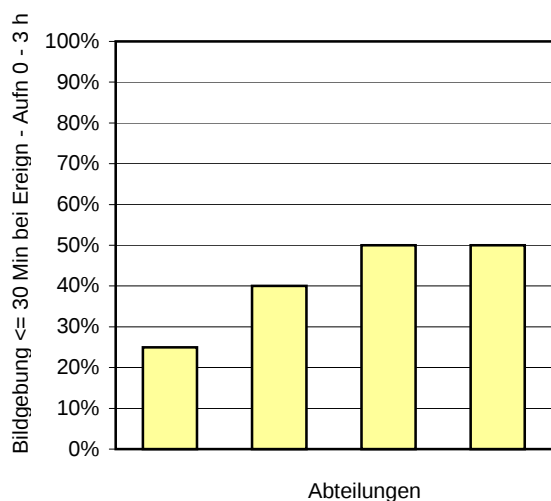
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	34,2	34,2	39,5	46,5	67,3	73,7	95,1	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0	25,0	25,0	32,5	45,0	50,0	50,0	50,0	50,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/98326]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

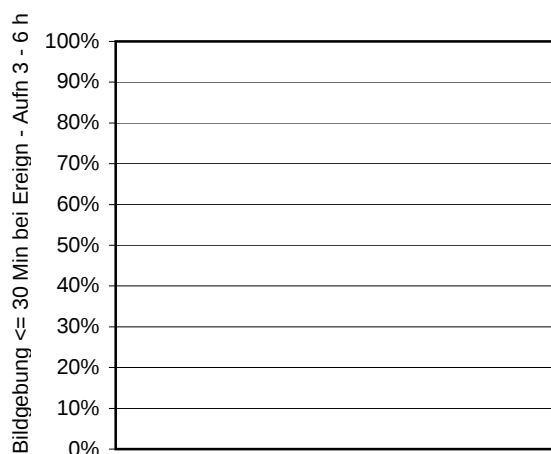


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	19,4	19,4	20,9	30,0	44,1	56,3	95,6	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	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

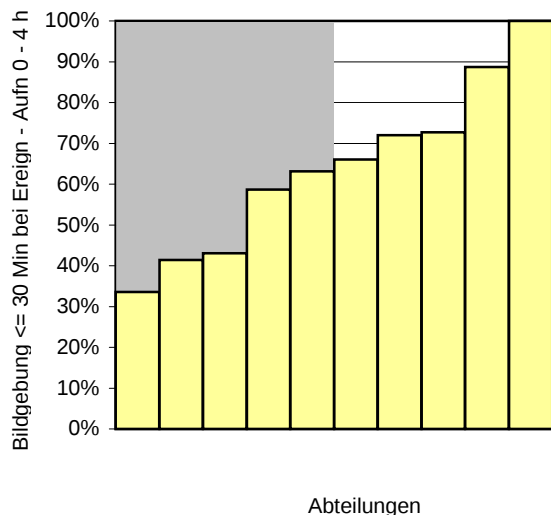
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103490]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 30 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

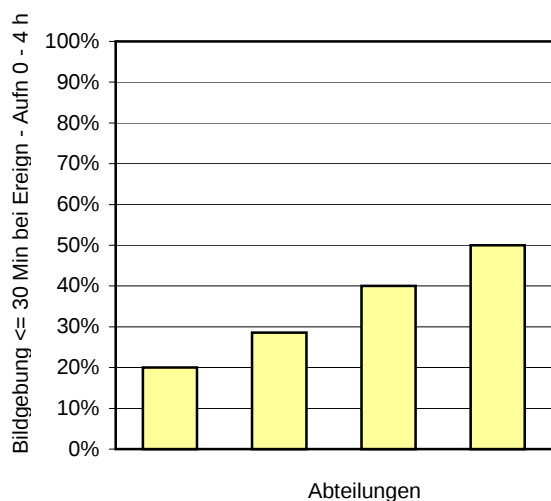
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,6	33,6	37,5	43,0	64,6	72,7	94,4	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	20,0	20,0	20,0	24,3	34,3	45,0	50,0	50,0	50,0

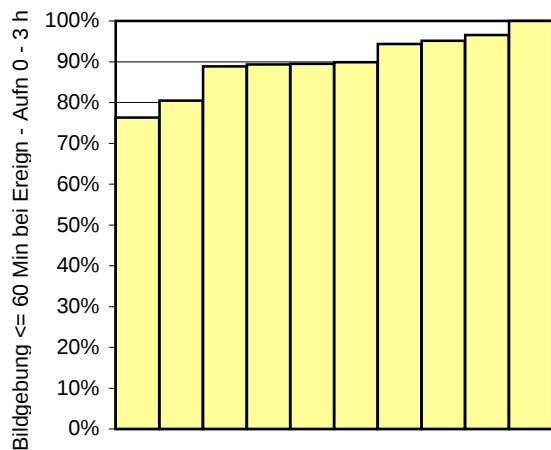
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83303]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung $\leq$ 60 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

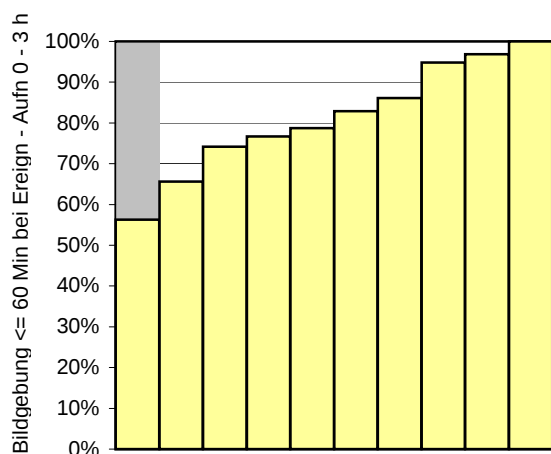


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,3	76,3	78,4	88,8	89,7	95,1	98,3	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	55,0	80,0	100,0	100,0	100,0

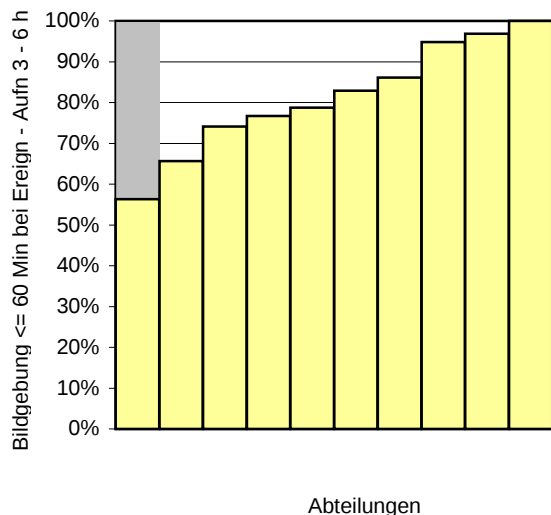
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13e, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83307]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 60 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

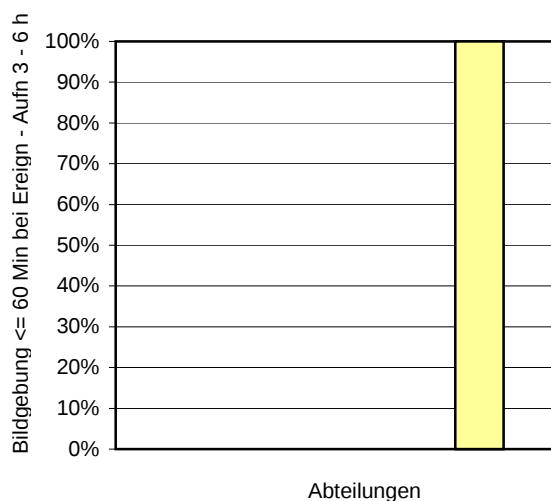
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	56,3	56,3	61,0	74,1	80,8	94,8	98,4	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

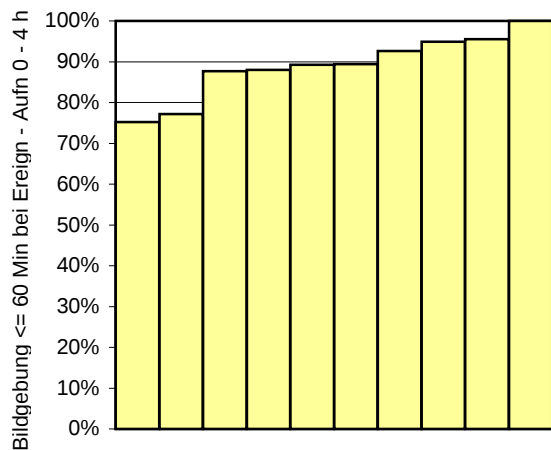
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13f, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103491]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 60 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

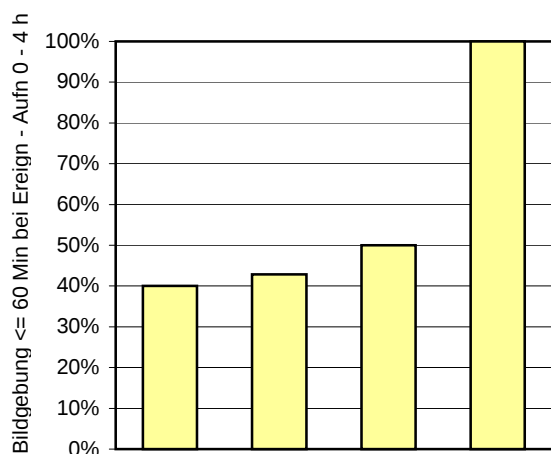


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,2	75,2	76,2	87,7	89,4	94,9	97,7	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0	40,0	40,0	41,4	46,4	75,0	100,0	100,0	100,0

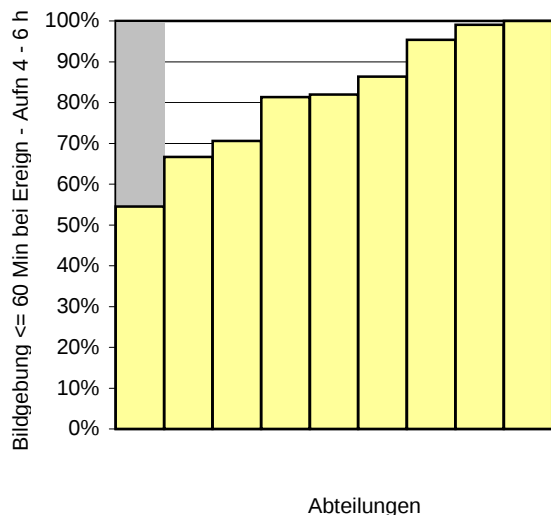
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13g, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103499]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung $\leq$ 60 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

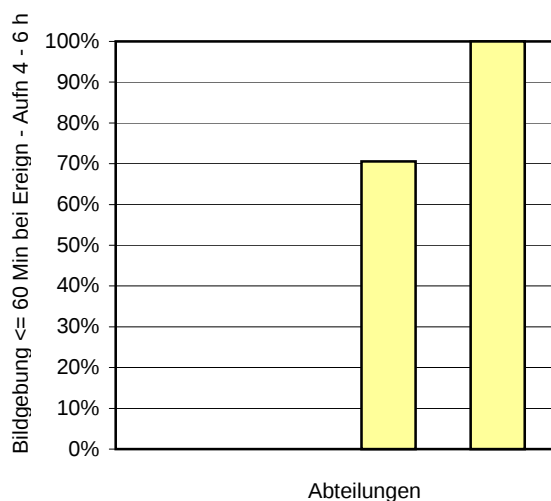
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	54,5	54,5	54,5	70,6	81,9	95,3	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	35,3	85,3	100,0	100,0	100,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyse

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 3 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 4 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2012/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2012/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2012/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2012/apo_hh/103507	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	$\geq 35,0\%$	
	Gruppe 2:	$\geq 5,0\%$	
	Gruppe 3:	$\geq 30,0\%$	
	Gruppe 4:	$\geq 5,0\%$	

Abteilung 2012				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	$\geq 35,0\%$	$\geq 5,0\%$	$\geq 30,0\%$	$\geq 5,0\%$

Gesamt 2012				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	491 / 827	57 / 429	525 / 980	23 / 276
Vertrauensbereich	59,4%	13,3%	53,6%	8,3%
Referenzbereich	55,9% - 62,7%	10,2% - 16,9%	50,4% - 56,7%	5,3% - 12,3%
	$\geq 35,0\%$	$\geq 5,0\%$	$\geq 30,0\%$	$\geq 5,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich				

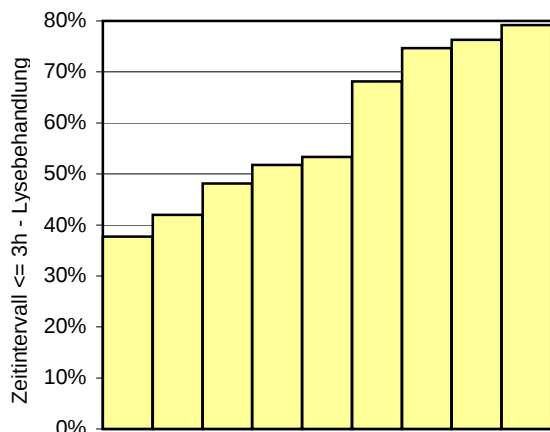
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		Gesamt 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	472 / 774 61,0% 57,4% - 64,4%	72 / 413 17,4% 13,9% - 21,4%	515 / 930 55,4% 52,1% - 58,6%	29 / 257 11,3% 7,7% - 15,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83311]:

Anteil von Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme ≤ 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

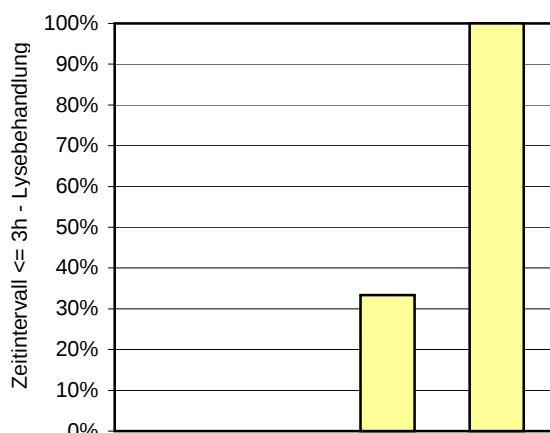


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,7	37,7	37,7	48,1	53,3	74,6	79,2	79,2	79,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	66,7	100,0	100,0	100,0

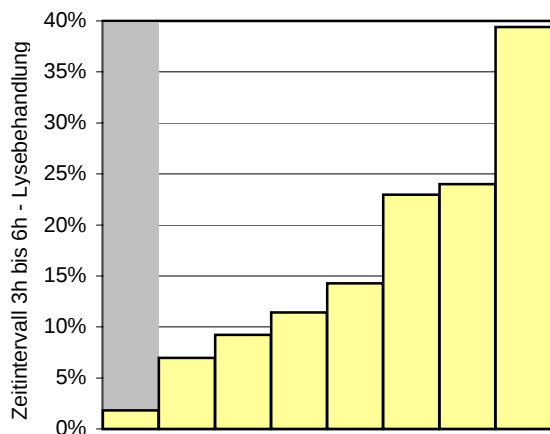
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83312]:

Anteil von Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS >=4 und <=25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

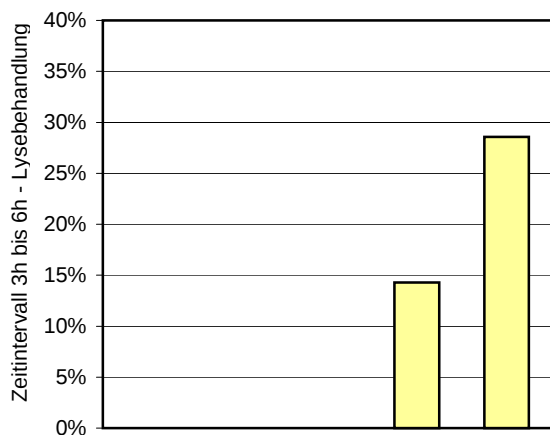


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,8	1,8	1,8	8,1	12,9	23,5	39,4	39,4	39,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	28,6	28,6	28,6

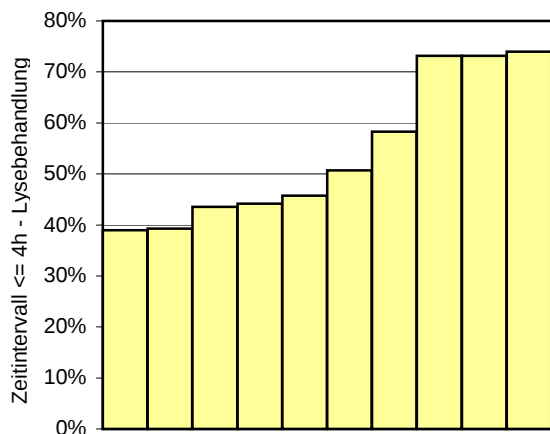
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103506]:

Anteil von Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme ≤ 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

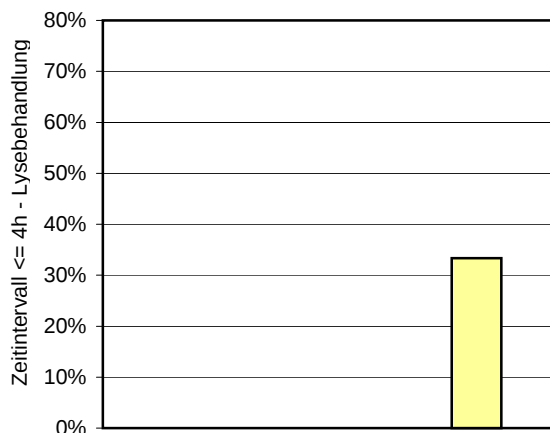


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	38,9	38,9	39,1	43,6	48,2	73,2	73,6	74,0	74,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	33,3

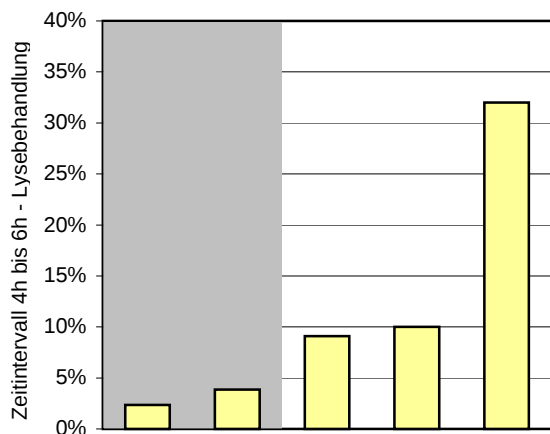
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103507]:

Anteil von Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS >=4 und <=25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

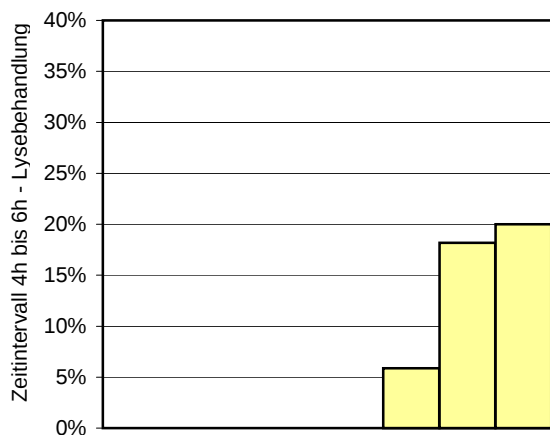


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,4	2,4	2,4	3,8	9,1	10,0	32,0	32,0	32,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,0	20,0	20,0	20,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 15: Systemische Thrombolyse – door-to-needle-time

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 4 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	2012/apo_hh/83314
		<= 60 Min.	2012/apo_hh/83313
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2012/apo_hh/83321
		<= 60 Min.	2012/apo_hh/83320
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2012/apo_hh/103508
		<= 60 Min.	2012/apo_hh/103509
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	2012/apo_hh/103518
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	>= 75,0%
		<= 60 Min.	>= 65,0%
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	>= 65,0%
		<= 60 Min.	>= 60,0%
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 75,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	>= 60,0%

	Abteilung 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 75,0%	>= 65,0%	>= 75,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 65,0%	>= 60,0%	>= 70,0%	>= 60,0%

	Abteilung 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 - 2 Stunden				
> 2 - 3 Stunden				
> 3 - 4 Stunden				
> 4 - 6 Stunden				
> 6 Stunden				
keine Lyse durchgeführt				

	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	166 / 549 30,2%	13 / 63 20,6%	174 / 587 29,6%	5 / 25 20,0%
Vertrauensbereich	26,4% - 34,3%	11,4% - 32,8%	26,0% - 33,5%	
Referenzbereich	>= 75,0%	>= 65,0%	>= 75,0%	
<= 60 Minuten	471 / 549 85,8%	53 / 63 84,1%	503 / 587 85,7%	21 / 25 84,0%
Vertrauensbereich	82,6% - 88,6%	72,7% - 92,2%	82,6% - 88,4%	63,9% - 95,5%
Referenzbereich	>= 65,0%	>= 60,0%	>= 70,0%	>= 60,0%
> 30 - 60 Minuten	305 / 549 55,6%	40 / 63 63,5%	329 / 587 56,0%	16 / 25 64,0%
> 1 - 2 Stunden	66 / 549 12,0%	7 / 63 11,1%	70 / 587 11,9%	3 / 25 12,0%
> 2 - 3 Stunden	11 / 549 2,0%	1 / 63 1,6%	11 / 587 1,9%	1 / 25 4,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 549 0,0%	1 / 63 1,6%	1 / 587 0,2%	0 / 25 0,0%
> 4 - 6 Stunden	1 / 549 0,2%	1 / 63 1,6%	2 / 587 0,3%	0 / 25 0,0%
> 6 Stunden	0 / 549 0,0%	0 / 63 0,0%	0 / 587 0,0%	0 / 25 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 549 0,0%	0 / 63 0,0%	0 / 587 0,0%	0 / 25 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

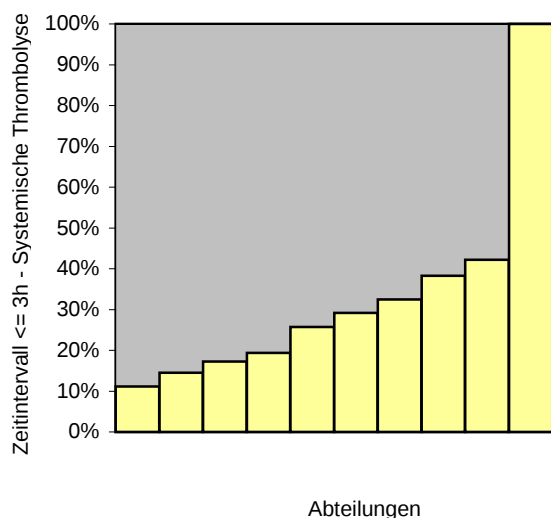
Vorjahresdaten	Abteilung 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	161 / 521 30,9%	14 / 66 21,2%	172 / 562 30,6%	
Vertrauensbereich	27,0% - 35,1%	12,1% - 33,1%	26,8% - 34,6%	
<= 60 Minuten	453 / 521 86,9%	53 / 66 80,3%	486 / 562 86,5%	20 / 25 80,0%
Vertrauensbereich	83,7% - 89,7%	68,6% - 89,1%	83,4% - 89,2%	59,2% - 93,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83314]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse $\leq$ 30 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme $\leq$ 3 Stunden sowie systemischer Thrombolysen (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

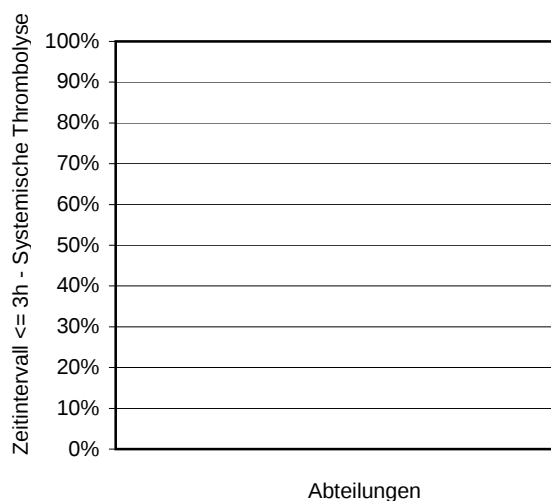
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,1	11,1	12,8	17,2	27,4	38,2	71,1	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	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

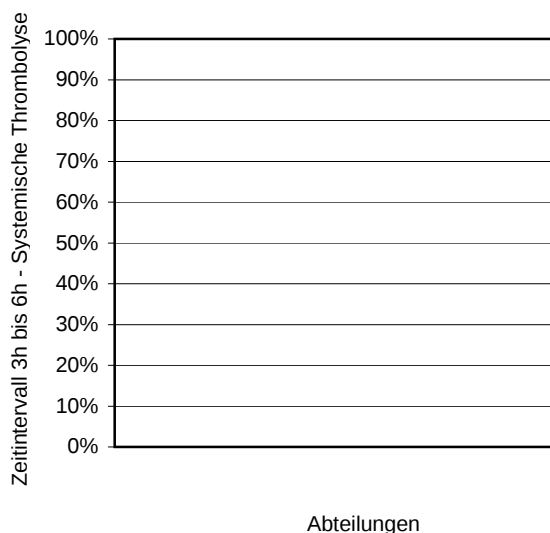
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83321]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse $\leq$ 30 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden sowie systemischer Thrombolyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

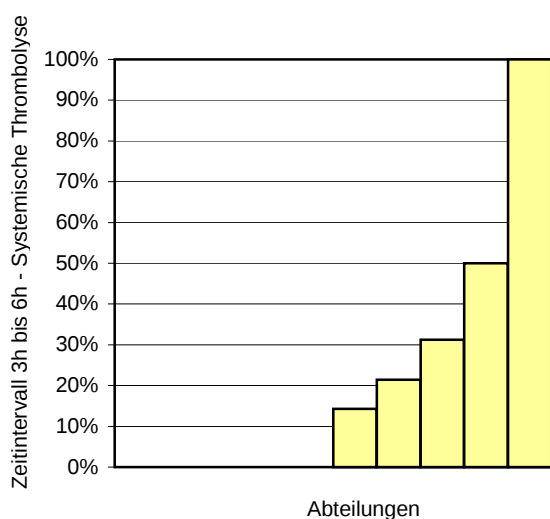
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	31,3	75,0	100,0	100,0

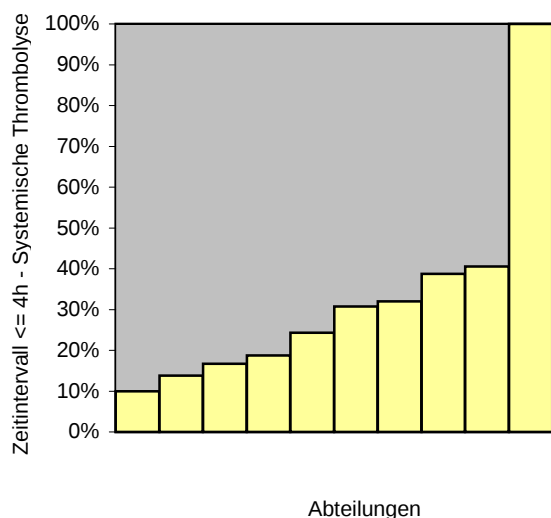
6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103508]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse $\leq$ 30 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme $\leq$ 4 Stunden sowie systemischer Thrombolysen (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

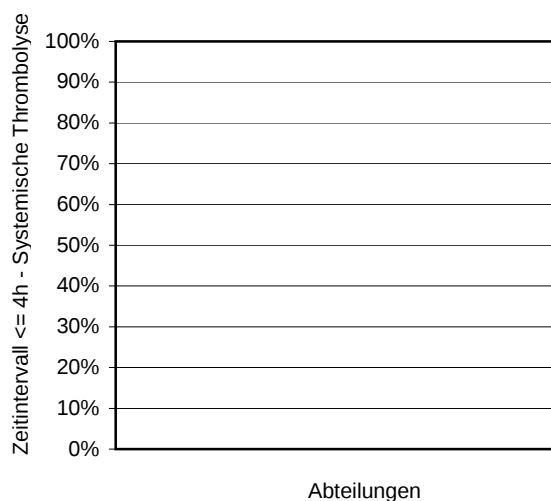
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,0	10,0	11,9	16,7	27,5	38,8	70,3	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	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

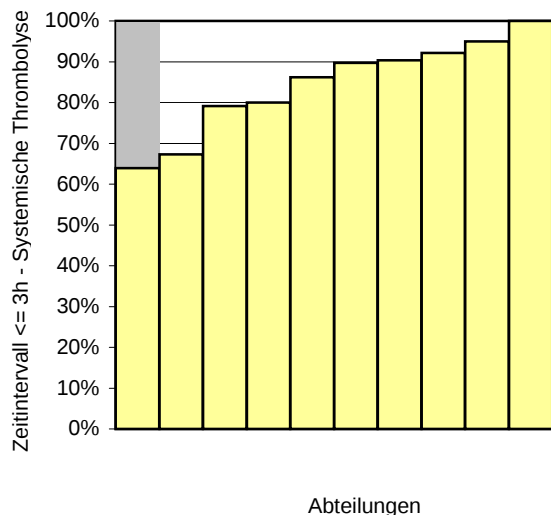
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83313]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse $\leq$ 60 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme $\leq$ 3 Stunden sowie systemischer Thrombolysen (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

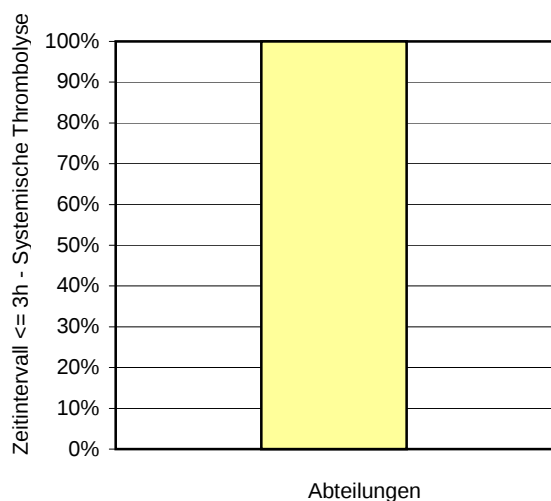
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,9	63,9	65,6	79,2	88,0	92,2	97,5	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	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

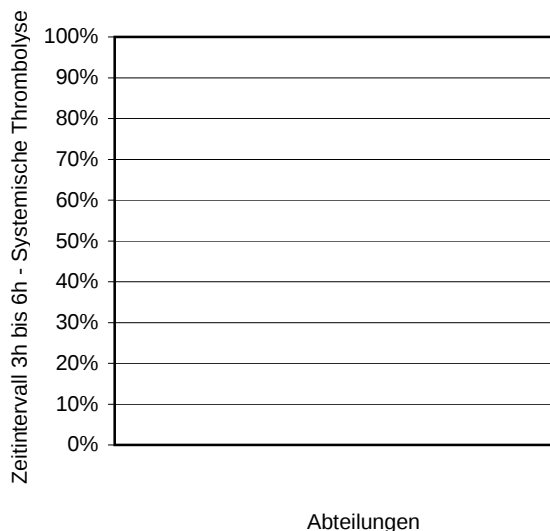
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15e, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83320]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse ≤ 60 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden sowie systemischer Thrombolyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

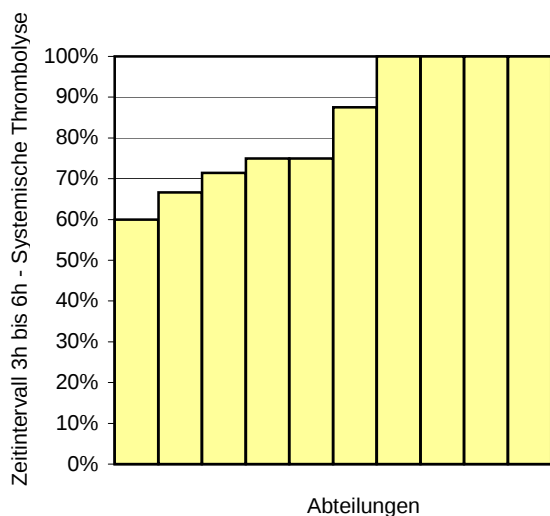
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	60,0	63,3	71,4	81,3	100,0	100,0	100,0	100,0

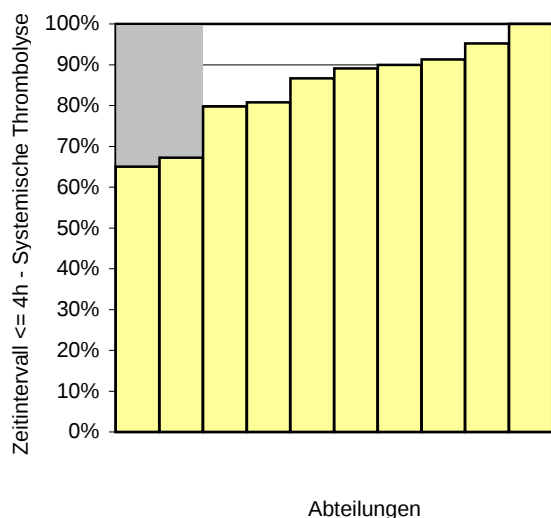
6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15f, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103509]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse <= 60 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme <= 4 Stunden sowie systemischer Thrombolyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

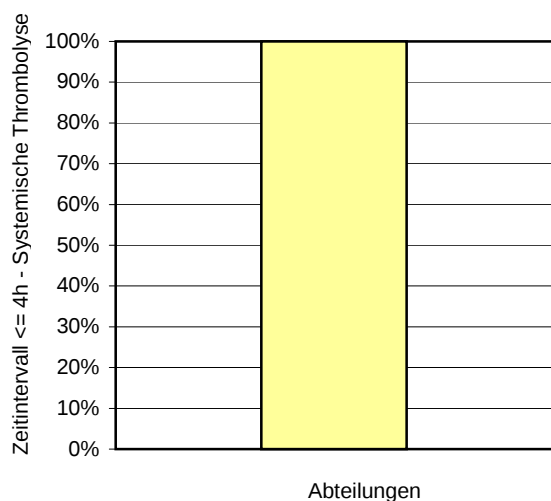
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,0	65,0	66,1	79,7	87,9	91,3	97,6	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	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

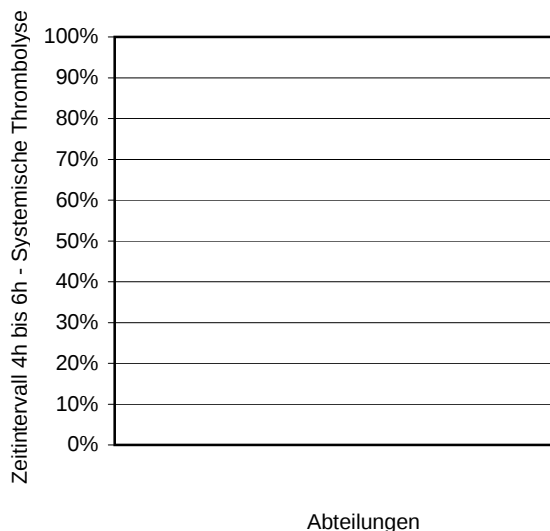
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15g, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103518]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse $\leq$ 60 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden sowie systemischer Thrombolyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

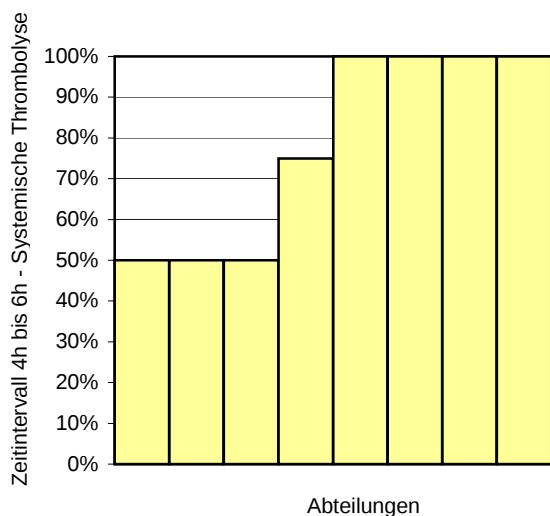
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83372

Referenzbereich: $\geq 35,0\%$

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.288 / 8.488
Vertrauensbereich		49,4% - 51,6%
Referenzbereich	$\geq 35,0\%$	$\geq 35,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.113 / 8.257
Vertrauensbereich		48,7% - 50,9%

Abteilung 2012

	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 2012

	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	1.172 13,8%	790 9,3%	432 5,1%	224 2,6%	85 1,0%	18 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	82 1,0%	505 5,9%	667 7,9%	332 3,9%	111 1,3%	37 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	15 0,2%	52 0,6%	422 5,0%	628 7,4%	158 1,9%	52 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	6 0,1%	18 0,2%	56 0,7%	388 4,6%	364 4,3%	105 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	7 0,1%	8 0,1%	21 0,2%	76 0,9%	315 3,7%	285 3,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,0%	12 0,1%	27 0,3%	70 0,8%	493 5,8%
6 Tod	0 0,0%	5 0,1%	6 0,1%	28 0,3%	44 0,5%	369 4,3%
Rankin bei Entlassung						

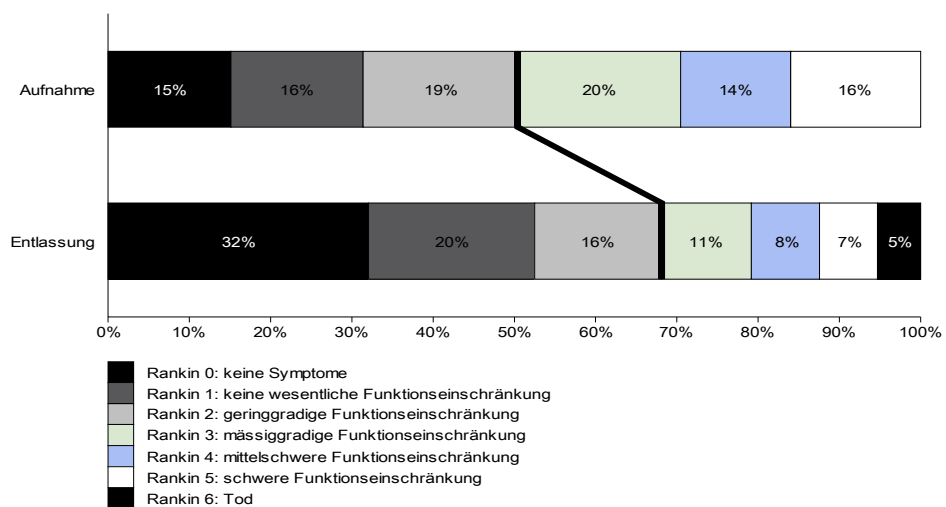
**Vorjahresdaten
Abteilung 2011**

	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 2011**

	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	1.296 15,7%	741 9,0%	470 5,7%	190 2,3%	81 1,0%	20 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	68 0,8%	447 5,4%	660 8,0%	298 3,6%	94 1,1%	31 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	19 0,2%	43 0,5%	402 4,9%	563 6,8%	186 2,3%	58 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	9 0,1%	13 0,2%	63 0,8%	370 4,5%	363 4,4%	93 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	3 0,0%	9 0,1%	22 0,3%	64 0,8%	310 3,8%	265 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	5 0,1%	8 0,1%	14 0,2%	28 0,3%	76 0,9%	448 5,4%
6 Tod	3 0,0%	4 0,0%	10 0,1%	21 0,3%	48 0,6%	341 4,1%
Rankin bei Entlassung						

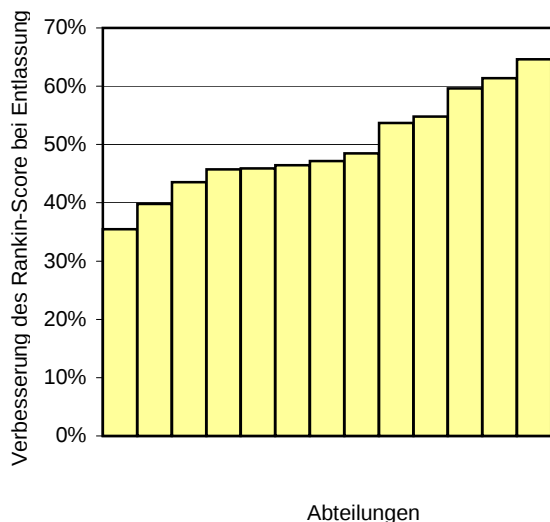
Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

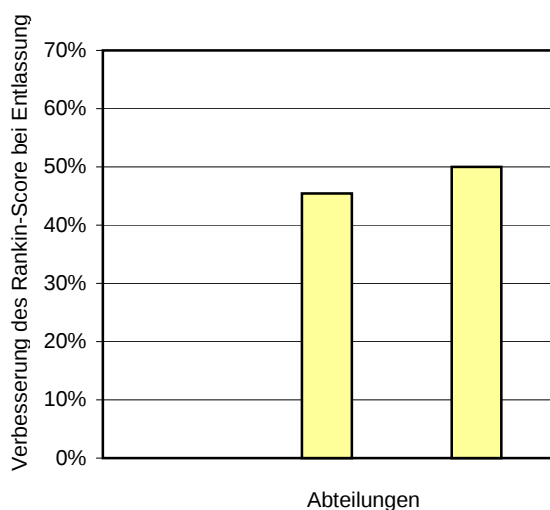
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	35,5	35,5	39,8	45,7	47,2	54,8	61,4	64,6	64,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	45,5	50,0	50,0	50,0	50,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.821	26,1	2.598	25,3
2. Quartal			2.668	24,7	2.481	24,2
3. Quartal			2.695	24,9	2.622	25,5
4. Quartal			2.632	24,3	2.569	25,0
Gesamt			10.816		10.270	

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

Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			8.488		8.257	
Median				75,0		75,0
Geschlecht						
männlich			4.253	50,1	4.044	49,0
weiblich			4.235	49,9	4.213	51,0

Aufnahme

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			6.550	77,2	6.395	77,4
Sonnabend oder Sonntag			1.938	22,8	1.862	22,6
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			4.280	50,4	4.031	48,8
nein			4.102	48,3	4.148	50,2
nicht bestimmbar			106	1,2	78	0,9
Sprachstörung						
ja			2.025	23,9	1.982	24,0
nein			6.233	73,4	6.093	73,8
nicht bestimmbar			230	2,7	182	2,2
Sprechstörung						
ja			2.629	31,0	2.496	30,2
nein			5.503	64,8	5.492	66,5
nicht bestimmbar			356	4,2	269	3,3
Schluckstörung						
ja			1.510	17,8	1.414	17,1
nein			6.576	77,5	6.450	78,1
nicht bestimmbar			402	4,7	393	4,8
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			7.722	91,0	7.569	91,7
somnolent-stuporös			581	6,8	551	6,7
komatös			185	2,2	137	1,7
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			698	8,2	683	8,3
> 1 - <= 2 Stunden			1.191	14,0	1.028	12,5
> 2 - <= 3 Stunden			911	10,7	834	10,1
> 3 - <= 3,5 Stunden			370	4,4	352	4,3
> 3,5 - <= 4 Stunden			347	4,1	334	4,0
> 4 - <= 6 Stunden			1.013	11,9	954	11,6
> 6 - <= 24 Stunden			1.615	19,0	1.710	20,7
> 24 - <= 48 Stunden			610	7,2	635	7,7
> 48 Stunden			1.007	11,9	906	11,0
unbekannt			431	5,1	490	5,9
wake up stroke			295	3,5	331	4,0

Diagnostik

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			8.000	94,3	7.764	94,0
Bildgebung-MRT nach Ereignis			5.340	62,9	5.164	62,5
Frische Läsion in der Bildgebung			4.832	56,9	4.713	57,1
Schlucktest nach Protokoll			6.861	80,8	6.320	76,5
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			975	11,5	1.003	12,1
>= 1 - 24 Stunden			2.024	23,8	1.942	23,5
> 24 Stunden			5.489	64,7	5.312	64,3
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			7.905	93,1	7.762	94,0
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			7.810	92,0	7.618	92,3
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			1.783	21,0	1.753	21,2
früherer Schlaganfall			2.514	29,6	2.415	29,2
Vorhofflimmern			2.166	25,5	2.091	25,3
Komplikationen						
keine Komplikationen			7.339		7.060	
Pneumonie			515		534	
erhöhter Hirndruck			253		222	
andere Komplikationen			655		735	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.121	60,3	5.133	62,2
TIA			2.803	33,0	2.612	31,6
ICB			564	6,6	512	6,2
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			1.499	17,7	1.374	16,6
gelegentlicher Verlust			966	11,4	935	11,3
kontinent			6.023	71,0	5.948	72,0
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			1.671	19,7	1.585	19,2
grosse Unterstützung			951	11,2	889	10,8
geringe Unterstützung			1.308	15,4	1.266	15,3
vollständig selbstständig			4.558	53,7	4.517	54,7
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			1.889	22,3	1.826	22,1
grosse Unterstützung			1.102	13,0	1.092	13,2
geringe Unterstützung			1.568	18,5	1.472	17,8
vollständig selbstständig			3.929	46,3	3.867	46,8
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			1.015	12,0	926	11,2
gelegentlicher Verlust			818	9,6	746	9,0
kontinent			6.203	73,1	6.158	74,6
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			790	9,3	693	8,4
grosse Unterstützung			621	7,3	587	7,1
geringe Unterstützung			862	10,2	900	10,9
vollständig selbstständig			5.763	67,9	5.650	68,4
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			948	11,2	898	10,9
grosse Unterstützung			726	8,6	693	8,4
geringe Unterstützung			1.088	12,8	1.166	14,1
vollständig selbstständig			5.274	62,1	5.073	61,4

Rankin Skala

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			1.283	15,1	1.403	17,0
Rankin 1			1.380	16,3	1.265	15,3
Rankin 2			1.616	19,0	1.641	19,9
Rankin 3			1.703	20,1	1.534	18,6
Rankin 4			1.147	13,5	1.158	14,0
Rankin 5			1.359	16,0	1.256	15,2
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			2.721	32,1	2.798	33,9
Rankin 1			1.734	20,4	1.598	19,4
Rankin 2			1.327	15,6	1.271	15,4
Rankin 3			937	11,0	911	11,0
Rankin 4			712	8,4	673	8,2
Rankin 5			605	7,1	579	7,0
Tod			452	5,3	427	5,2

Rehabilitation

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			5.490	64,7	4.811	58,3
> Tag 2 nach Aufnahme			241	2,8	143	1,7
keine			2.757	32,5	3.303	40,0
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			7.609	89,6	7.322	88,7
> Tag 2 nach Aufnahme			299	3,5	254	3,1
keine			580	6,8	681	8,2
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.905	81,4	6.527	79,0
> Tag 2 nach Aufnahme			270	3,2	215	2,6
keine			1.313	15,5	1.515	18,3

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			1.832	21,6	1.618	19,6
Beatmung			298	3,5	247	3,0
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			6.698	78,9	6.633	80,3
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			6.324	74,5	6.298	76,3
Thromboseprophylaxe			7.891	93,0	7.707	93,3

Entlassung

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			8.374	98,7	8.135	98,5
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			6.818	80,3	6.589	79,8
Entlassungsart						
verstorben			452	5,3	427	5,2
nach Hause			4.805	56,6	4.755	57,6
Pflegeeinrichtung/Heim			628	7,4	545	6,6
andere Abteilung			345	4,1	375	4,5
externe (Akut)Klinik			145	1,7	132	1,6
Reha-Klinik			2.113	24,9	2.023	24,5
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			8.488	100,0	8.257	100,0
Mittelwert				8,7		8,8
Median				7,0		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			690	8,1	639	7,7
Lyse i.a.			103	1,2	78	0,9
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			200	2,4	189	2,3
> 30 - <= 60 Minuten			408	4,8	378	4,6
> 1 - <= 2 Stunden			92	1,1	90	1,1
> 2 - <= 3 Stunden			20	0,2	14	0,2
> 3 - <= 4 Stunden			1	0,0	3	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			2	0,0	2	0,0
> 6 Stunden			1	0,0	1	0,0
keine Lyse durchgeführt			7.764	91,5	7.580	91,8
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			3.519	41,5	2.946	35,7
> 30 - <= 60 Minuten			2.758	32,5	2.990	36,2
> 1 - <= 3 Stunden			1.410	16,6	1.594	19,3
> 3 - <= 6 Stunden			339	4,0	275	3,3
> 6 Stunden			215	2,5	198	2,4
1. Bildgebung vor Aufnahme			234	2,8	234	2,8
keine Bildgebung erfolgt			13	0,2	20	0,2
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			4.422	52,1	4.420	53,5
3 - 8 (mittel)			2.462	29,0	2.354	28,5
9 - 20 (schwerwiegend)			1.136	13,4	1.079	13,1
> 20 (sehr schwerwiegend)			355	4,2	308	3,7
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			5.318	62,7	5.146	62,3
Hypercholesterinämie			3.584	42,2	3.357	40,7
keine Angabe			2.026	23,9	1.995	24,2
Sekundärprophylaxe						
Statine			4.300	50,7	4.256	51,5
Antihypertensiva			5.106	60,2	5.027	60,9
Antidiabetika			1.175	13,8	1.064	12,9
keine Angabe			2.141	25,2	2.042	24,7
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			5.213	61,4	5.105	61,8
Pflege zu Hause			671	7,9	628	7,6
Pflege in Institution			575	6,8	515	6,2
keine Angabe			2.029	23,9	2.009	24,3

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 2012.

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 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 2011 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 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.

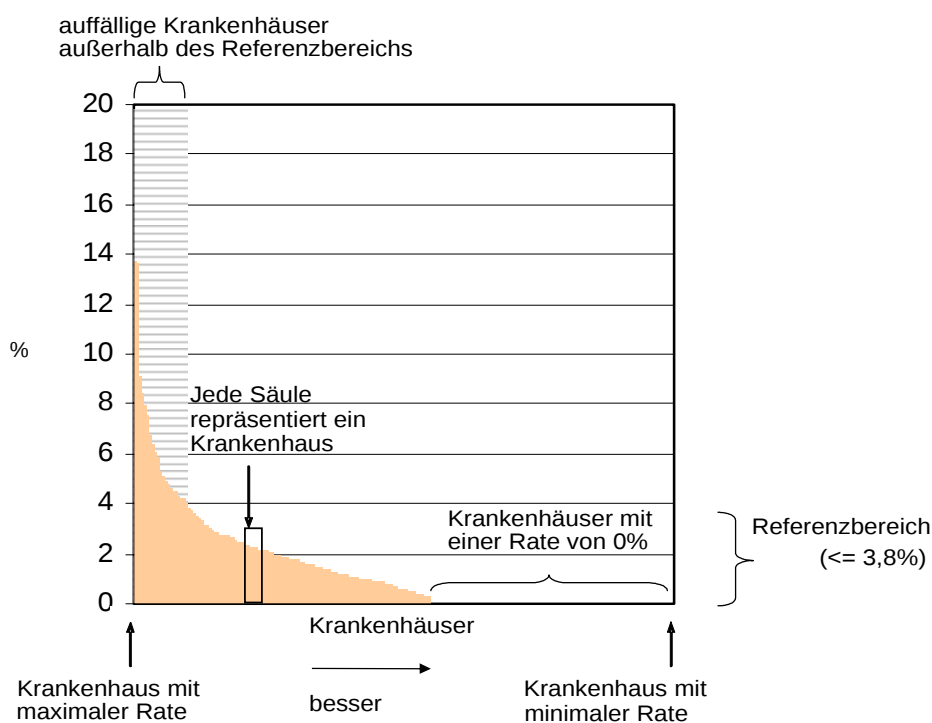
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 309
D-20537 Hamburg