

I. Auswertung 1. Quartal 2013 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 10
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.830
Datensatzversion: apo_hh 2013 2.0
Datenbankstand: 06. Mai 2013
2013 - D12664-L82585-P38951

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 2013 im I. Quartal stationär aufgenommen wurden.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2013/apo_hh/83254 QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			87,2%	>= 50,0%	1.1
2013/apo_hh/83284 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			85,7%	>= 80,0%	1.3
2013/apo_hh/83285 QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			83,4%	>= 70,0%	1.5
2013/apo_hh/83286 QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,1%	>= 90,0%	1.7
2013/apo_hh/83287 QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			93,7%	>= 90,0%	1.9
2013/apo_hh/83288 QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			88,1%	>= 60,0%	1.11
2013/apo_hh/83290 QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			83,2%	>= 75,0%	1.13

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2013/apo_hh/83291 QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,9%	>= 95,0%	1.15
2013/apo_hh/83292 QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			96,6%	>= 90,0%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2013/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,4%	<= 0,5%	1.19
2013/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			4,3%	<= 4,0%	1.19
2013/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			17,9%	<= 25,0%	1.19
2013/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			88,3%	>= 65,0%	1.24
2013/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			37,4%	>= 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					
2013/apo_hh/98323					
0 bis 3 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 30 Minuten					
			64,0%	>= 65,0%	1.28
2013/apo_hh/98326					
> 3 bis 6 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 30 Minuten					
			43,4%	>= 65,0%	1.28
2013/apo_hh/103490					
0 bis 4 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 30 Minuten					
			61,7%	>= 65,0%	1.28
2013/apo_hh/83303					
0 bis 3 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 60 Minuten					
			88,3%	>= 65,0%	1.28
2013/apo_hh/83307					
> 3 bis 6 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 60 Minuten					
			82,4%	>= 60,0%	1.28
2013/apo_hh/103491					
0 bis 4 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 60 Minuten					
			88,0%	>= 60,0%	1.28
2013/apo_hh/103499					
> 4 bis 6 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 60 Minuten					
			79,2%	>= 60,0%	1.28

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyserate					
2013/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			60,0%	>= 35,0%	1.39
2013/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			16,2%	>= 5,0%	1.39
2013/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			56,3%	>= 30,0%	1.39
2013/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			4,4%	>= 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					
2013/apo_hh/83314					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h					
			36,9%	>= 75,0%	1.45
2013/apo_hh/83321					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h					
			38,5%	>= 65,0%	1.45
2013/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h					
			37,2%	>= 75,0%	1.45
2013/apo_hh/83313					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h					
			91,9%	>= 65,0%	1.45
2013/apo_hh/83320					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h					
			84,6%	>= 60,0%	1.45
2013/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h					
			92,6%	>= 70,0%	1.45
2013/apo_hh/103518					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h					
			33,3%	>= 60,0%	1.45
2013/apo_hh/83372					
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score					
Aufnahme versus Entlassung					
			48,6%	>= 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)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 50,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.259 / 1.444	87,2% 85,4% - 88,9% >= 50,0%

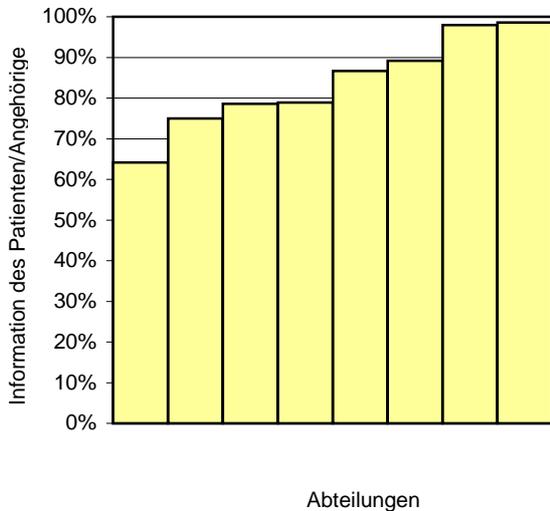
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			1.688 / 2.096	80,5% 78,8% - 82,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/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:

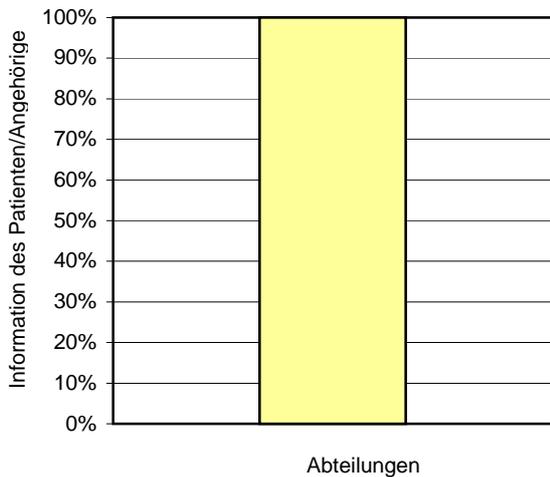
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	64,1	64,1	64,1	76,8	82,8	93,6	98,6	98,6	98,6

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

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: 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 (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			439 / 512	85,7%
Vertrauensbereich				82,4% - 88,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

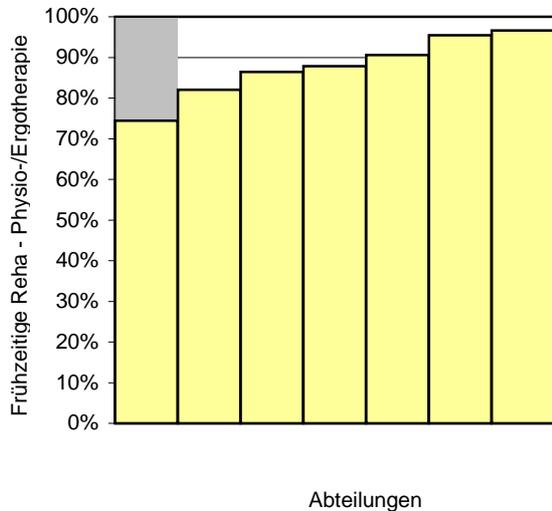
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			690 / 776	88,9%
Vertrauensbereich				86,5% - 91,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/apo_hh/83284]:

Anteil von Patienten mit physiotherapeutischer und/oder ergotherapeutischer Behandlung \leq 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:

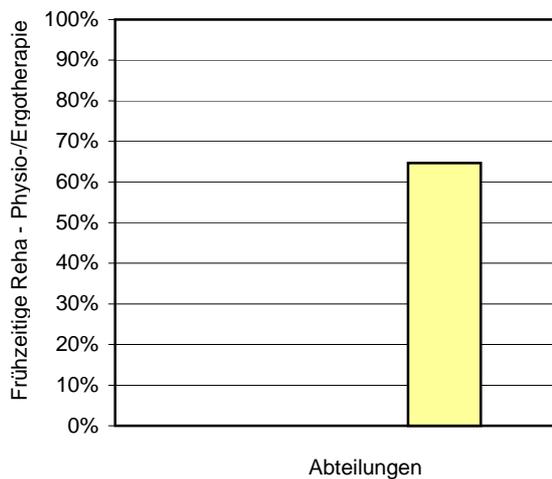
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	74,4	74,4	74,4	82,1	87,8	95,5	96,6	96,6	96,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 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	32,4	64,7	64,7	64,7	64,7

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)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 70,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			491 / 589	83,4%
Vertrauensbereich				80,1% - 86,3%
Referenzbereich		>= 70,0%		>= 70,0%

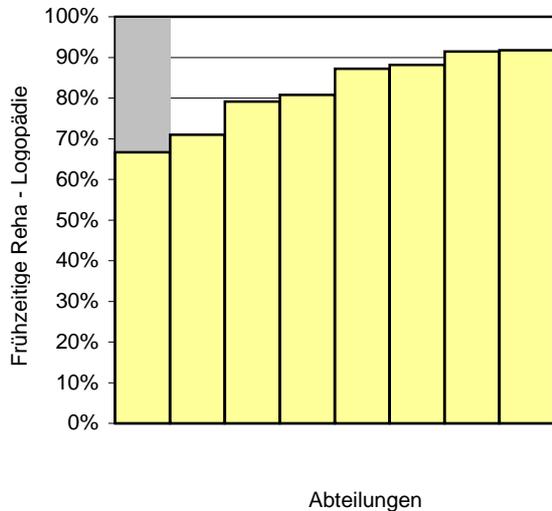
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			702 / 819	85,7%
Vertrauensbereich				83,1% - 88,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/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:

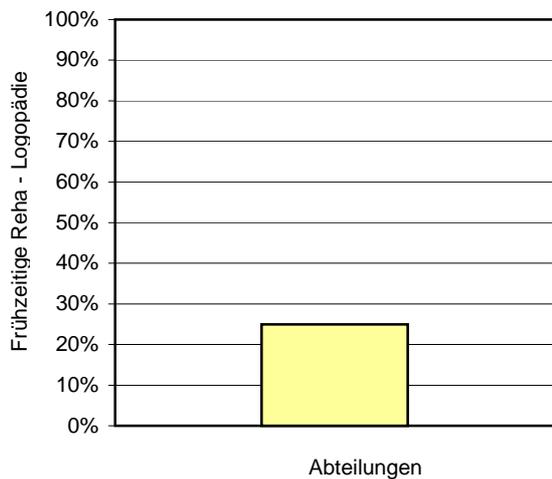
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	75,1	84,0	89,8	91,7	91,7	91,7

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
	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0

1 Abteilung hat 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)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			799 / 831	96,1%
Vertrauensbereich				94,6% - 97,4%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

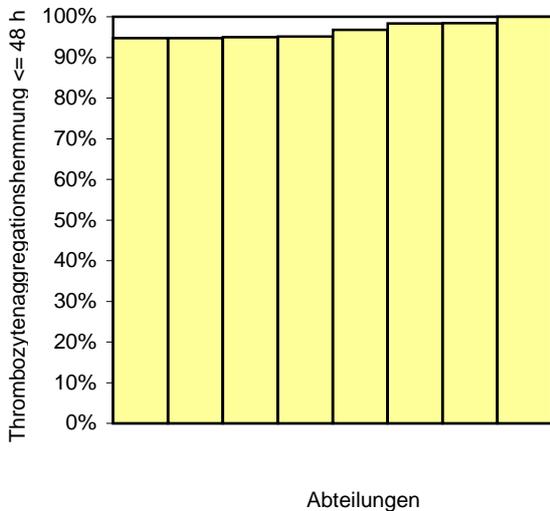
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.179 / 1.231	95,8%
Vertrauensbereich				94,5% - 96,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2013/apo_hh/83286]:

Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern \leq 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:

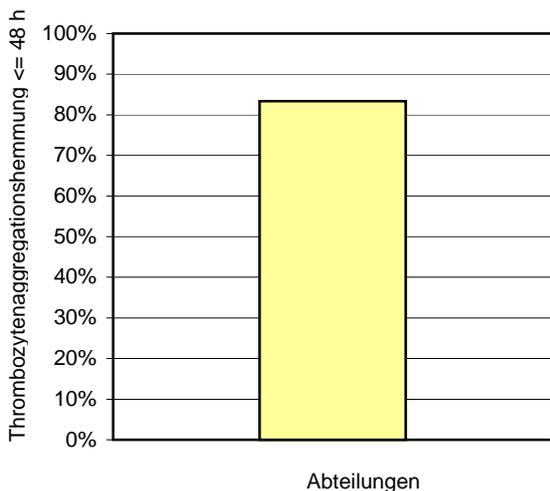
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,7	94,7	94,7	94,9	96,0	98,4	100,0	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
	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3

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)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.015 / 1.083	93,7%
Vertrauensbereich				92,1% - 95,1%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

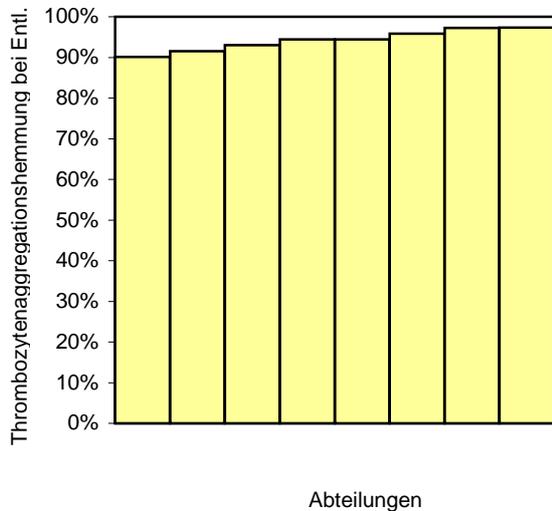
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.472 / 1.561	94,3%
Vertrauensbereich				93,0% - 95,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2013/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:

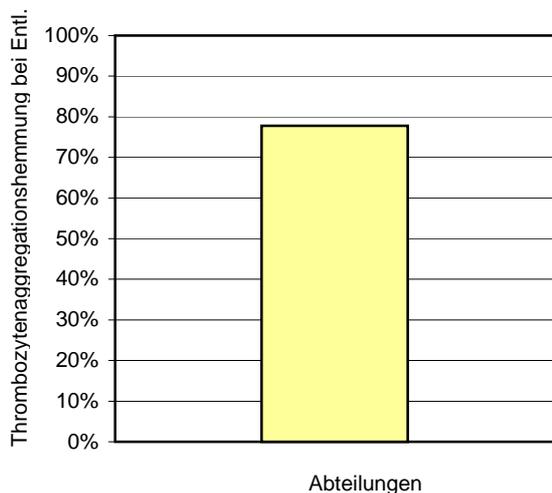
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,1	90,1	90,1	92,3	94,4	96,6	97,3	97,3	97,3

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
	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8

1 Abteilung hat 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)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 60,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			199 / 226	88,1%
Vertrauensbereich				83,1% - 92,0%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%

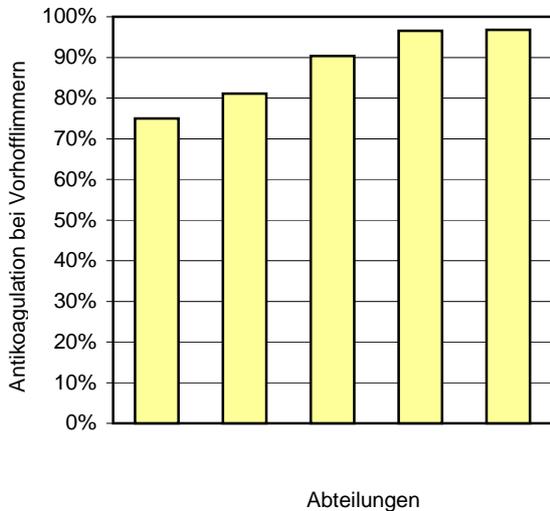
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			257 / 313	82,1%
Vertrauensbereich				77,4% - 86,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2013/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:

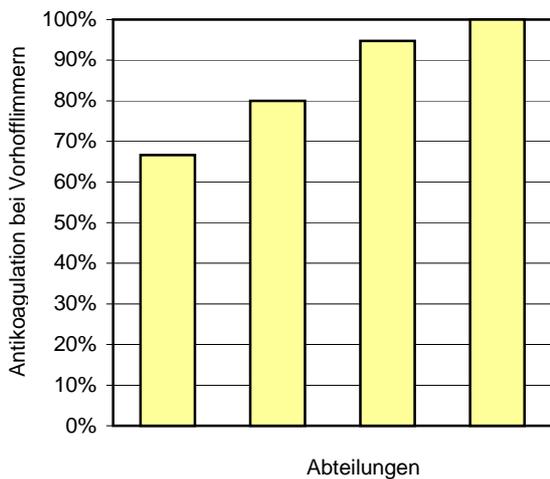
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	81,1	90,3	96,6	96,8	96,8	96,8

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
	66,7	66,7	66,7	73,3	87,4	97,4	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat 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)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83290

Referenzbereich: $\geq 75,0\%$

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			646 / 776	83,2%
Vertrauensbereich				80,4% - 85,8%
Referenzbereich		$\geq 75,0\%$		$\geq 75,0\%$

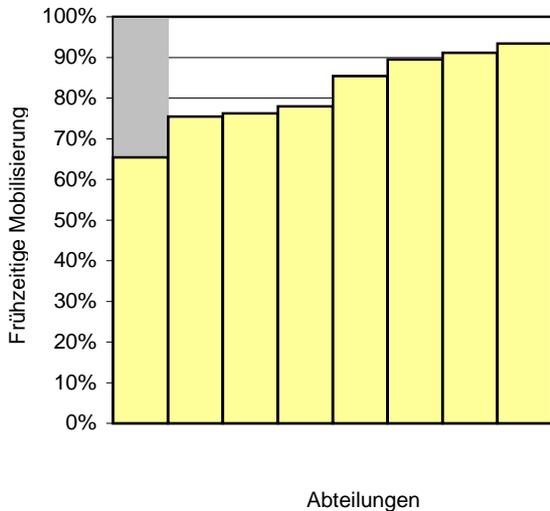
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			877 / 1.024	85,6%
Vertrauensbereich				83,3% - 87,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2013/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:

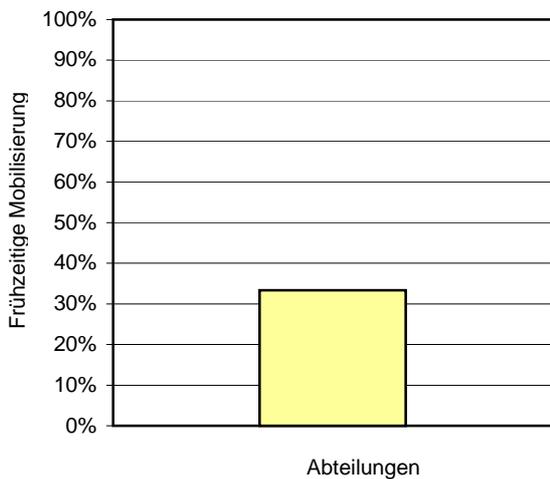
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,4	65,4	65,4	75,8	81,7	90,3	93,4	93,4	93,4

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
	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3

1 Abteilung hat 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

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83291

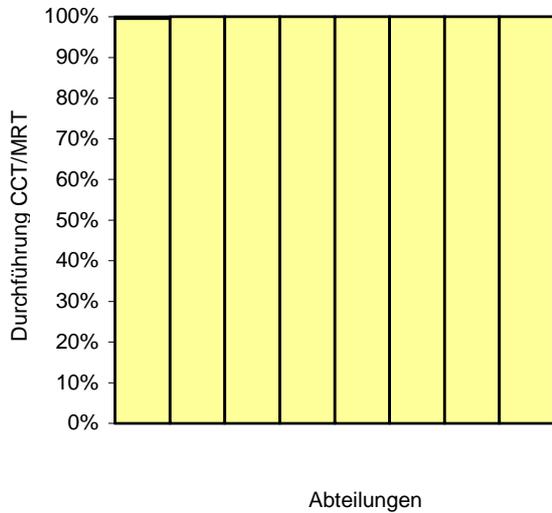
Referenzbereich: >= 95,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.536 / 1.538	99,9%
Vertrauensbereich				99,5% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.226 / 2.230	99,8%
Vertrauensbereich				99,5% - 100,0%

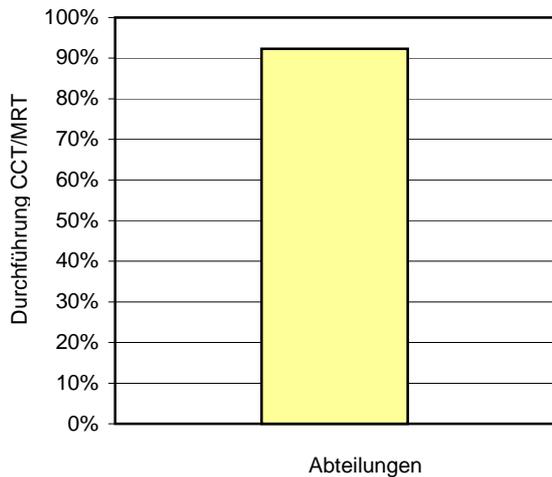
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2013/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	99,5	99,5	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0	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
	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3

1 Abteilung hat 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

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83292

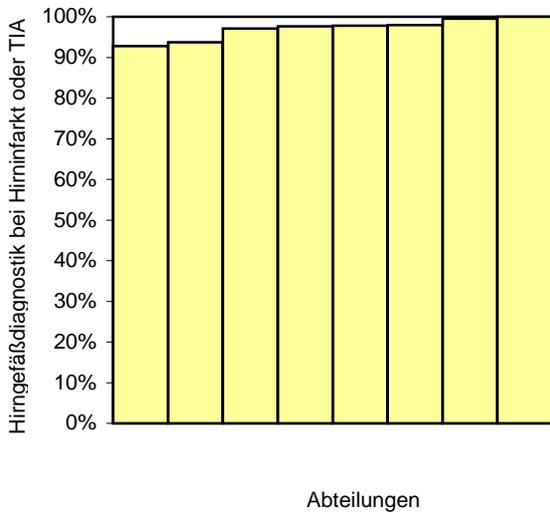
Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.372 / 1.421	96,6%
Vertrauensbereich				95,5% - 97,4%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.989 / 2.062	96,5%
Vertrauensbereich				95,6% - 97,2%

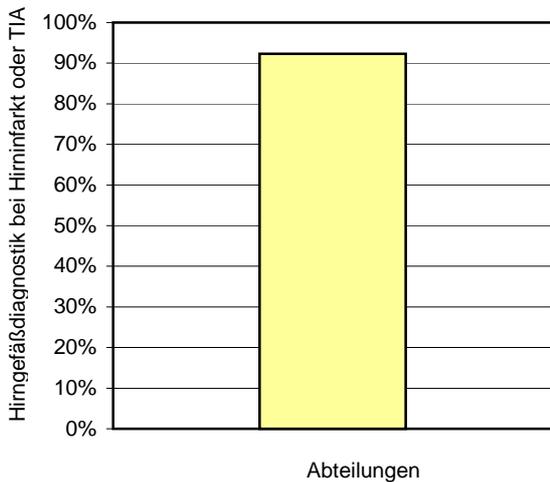
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2013/apo_hh/83292]:
Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,8	92,8	92,8	95,4	97,7	98,8	100,0	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
	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3

1 Abteilung hat 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

Indikator-ID:
 Gruppe 1: 2013/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2013/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2013/apo_hh/83386

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

	Abteilung 2013 I. Qu.		
	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%

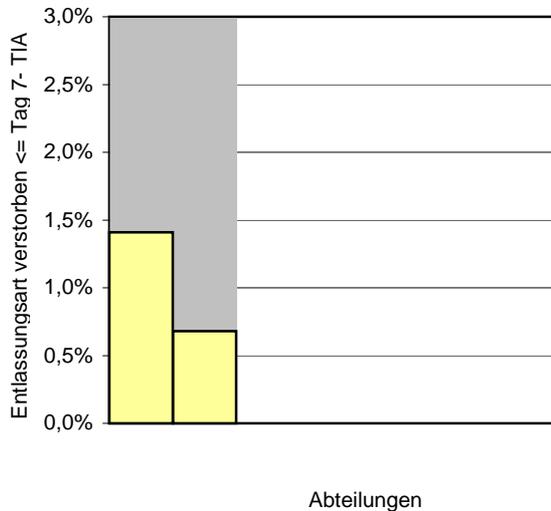
	Gesamt 2013 I. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	2 / 522 0,4%	39 / 899 4,3%	21 / 117 17,9%
Vertrauensbereich	0,0% - 1,4%	3,1% - 5,9%	11,4% - 26,2%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		
	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 2012 I. Qu.		
	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 / 735 0,3% 0,0% - 1,0%	52 / 1.327 3,9% 2,9% - 5,1%	37 / 168 22,0% 16,0% - 29,1%

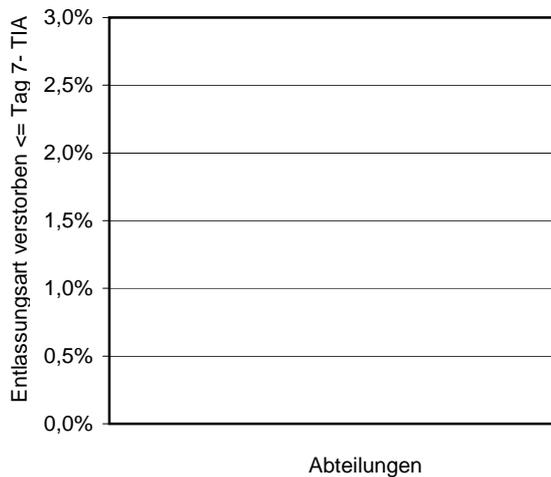
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2013/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 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	0,0	0,0	0,0	0,7	1,4	1,4	1,4

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

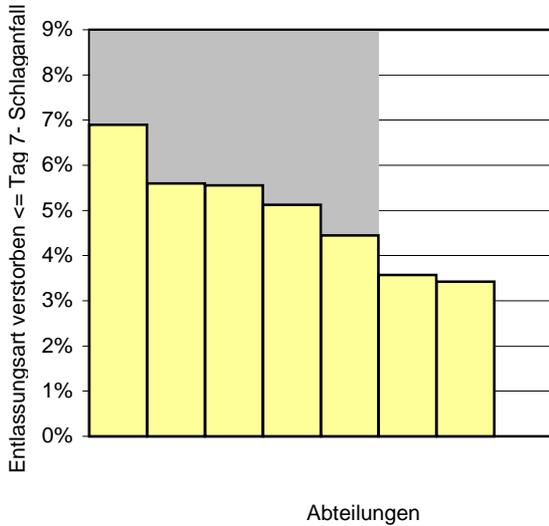


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

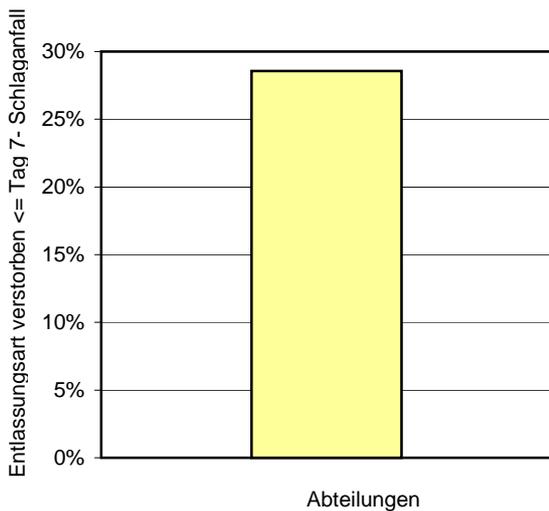
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2013/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 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	0,0	3,5	4,8	5,6	6,9	6,9	6,9

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

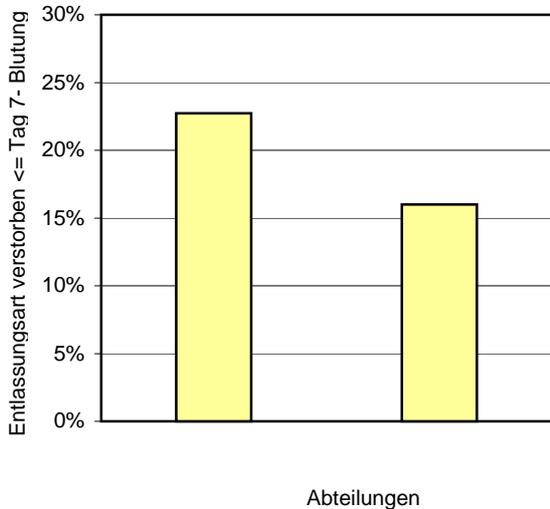


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6	28,6

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

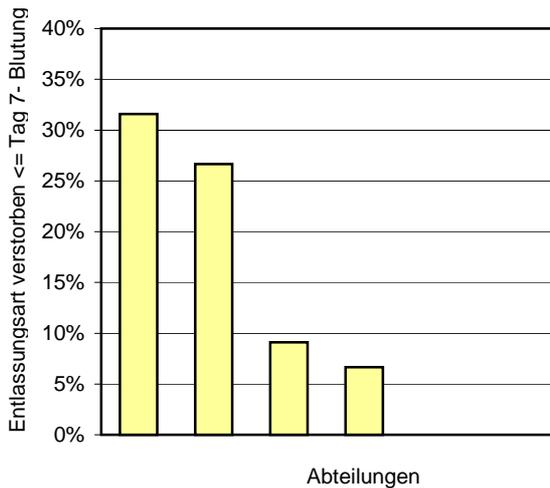
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Indikator-ID 2013/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,0	16,0	16,0	16,0	19,4	22,7	22,7	22,7	22,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
6 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	7,9	26,7	31,6	31,6	31,6

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)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 65,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			708 / 802	88,3%
Vertrauensbereich				85,8% - 90,4%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

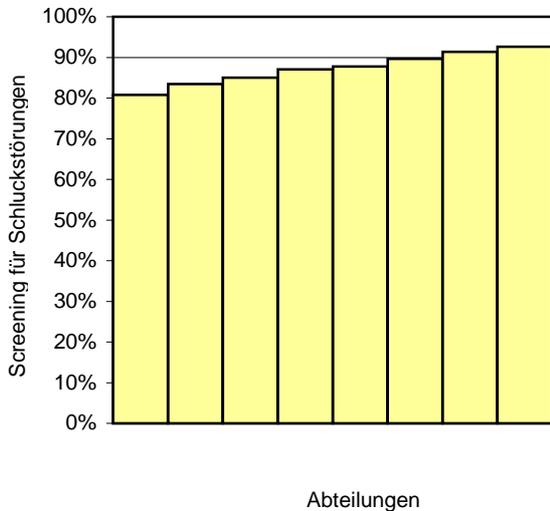
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.008 / 1.198	84,1%
Vertrauensbereich				81,9% - 86,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2013/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:

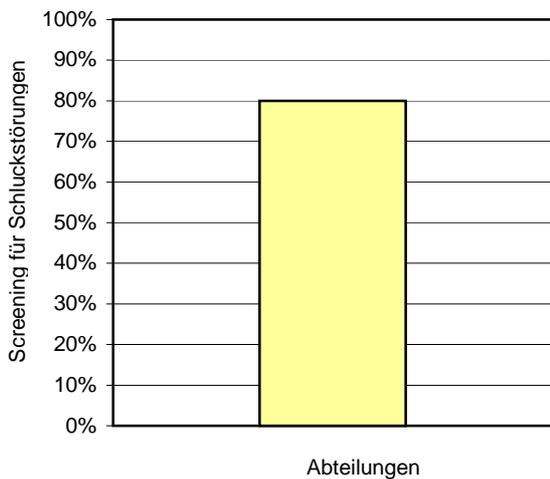
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,8	80,8	80,8	84,2	87,4	90,5	92,7	92,7	92,7

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
	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0

1 Abteilung hat 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

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83295

Referenzbereich: >= 30,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			151 / 1.538	9,8%
> 1 - <= 2 Stunden			250 / 1.538	16,3%
> 2 - <= 3 Stunden			174 / 1.538	11,3%
> 3 - <= 3,5 Stunden			65 / 1.538	4,2%
> 3,5 - <= 4 Stunden			38 / 1.538	2,5%
> 4 - <= 6 Stunden			142 / 1.538	9,2%
> 6 - <= 24 Stunden			260 / 1.538	16,9%
> 24 - <= 48 Stunden			108 / 1.538	7,0%
> 48 Stunden			194 / 1.538	12,6%
wake up stroke			67 / 1.538	4,4%
unbekannt			89 / 1.538	5,8%
<= 3 Stunden			575 / 1.538	37,4%
Vertrauensbereich				35,0% - 39,9%
Referenzbereich		>= 30,0%		>= 30,0%

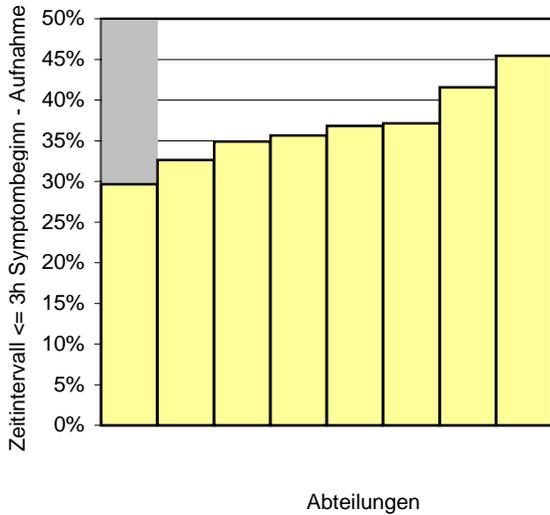
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			811 / 2.230	36,4%
Vertrauensbereich				34,4% - 38,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2013/apo_hh/83295]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

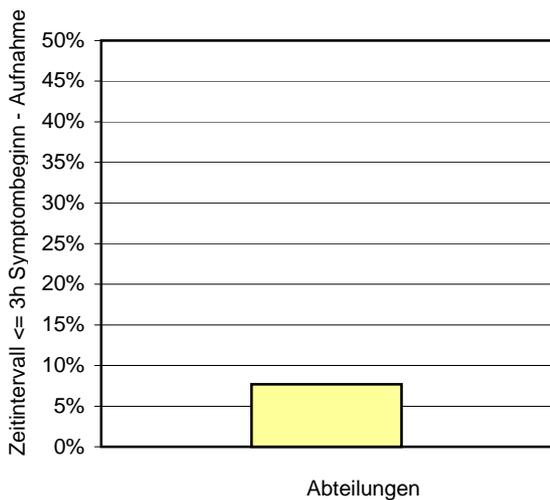
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	29,6	29,6	29,6	33,8	36,3	39,3	45,5	45,5	45,5

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
	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7

1 Abteilung hat 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)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/98323
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/83303
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/98326
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/83307
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/103490
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/103491
	Gruppe 4:	<= 30 Min.	2013/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:	<= 30 Min.	>= 60,0%

Abteilung 2013 I. Qu.				
	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 2013 I. Qu.			
	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 2013 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	213 / 333 64,0%	59 / 136 43,4%	242 / 392 61,7%	30 / 77 39,0%
Vertrauensbereich	58,5% - 69,1%	34,9% - 52,2%	56,7% - 66,6%	
Referenzbereich	>= 65,0%	>= 65,0%	>= 65,0%	
<= 60 Minuten	294 / 333 88,3%	112 / 136 82,4%	345 / 392 88,0%	61 / 77 79,2%
Vertrauensbereich	84,3% - 91,5%	74,9% - 88,4%	84,4% - 91,1%	68,4% - 87,7%
Referenzbereich	>= 65,0%	>= 60,0%	>= 60,0%	>= 60,0%
> 30 - 60 Minuten	81 / 333 24,3%	53 / 136 39,0%	103 / 392 26,3%	31 / 77 40,3%
> 1 bis 3 Stunden	34 / 333 10,2%	14 / 136 10,3%	35 / 392 8,9%	13 / 77 16,9%
> 3 bis 6 Stunden	2 / 333 0,6%	7 / 136 5,1%	9 / 392 2,3%	0 / 77 0,0%
> 6 Stunden	1 / 333 0,3%	2 / 136 1,5%	1 / 392 0,3%	2 / 77 2,6%
1. Bildgebung vor Aufnahme	1 / 333 0,3%	1 / 136 0,7%	1 / 392 0,3%	1 / 77 1,3%
keine Bildgebung erfolgt	1 / 333 0,3%	0 / 136 0,0%	1 / 392 0,3%	0 / 77 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

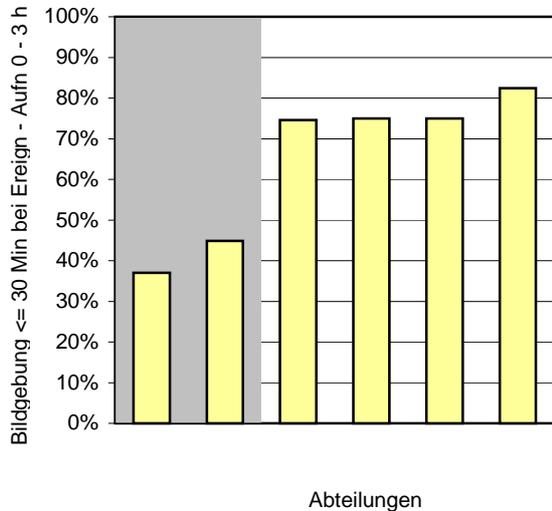
Vorjahresdaten	Gesamt 2012 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	309 / 491 62,9%	143 / 241 59,3%	355 / 564 62,9%	
Vertrauensbereich	58,5% - 67,2%	52,8% - 65,6%	58,8% - 66,9%	
<= 60 Minuten	438 / 491 89,2%	202 / 241 83,8%	499 / 564 88,5%	141 / 168 83,9%
Vertrauensbereich	86,1% - 91,8%	78,5% - 88,2%	85,5% - 91,0%	77,5% - 89,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Indikator-ID 2013/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:

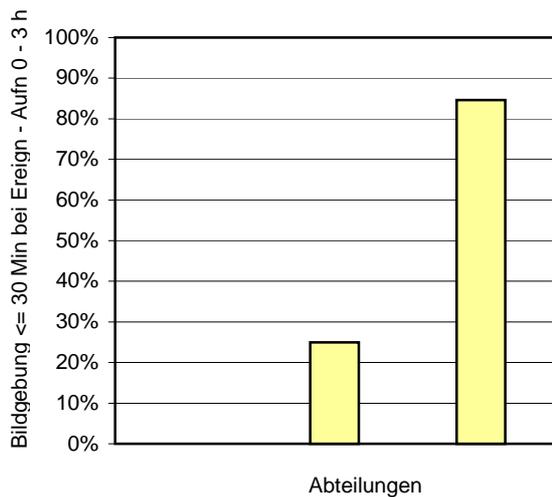
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,0	37,0	37,0	44,9	74,8	75,0	82,5	82,5	82,5

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	25,0	84,6	84,6	84,6	84,6

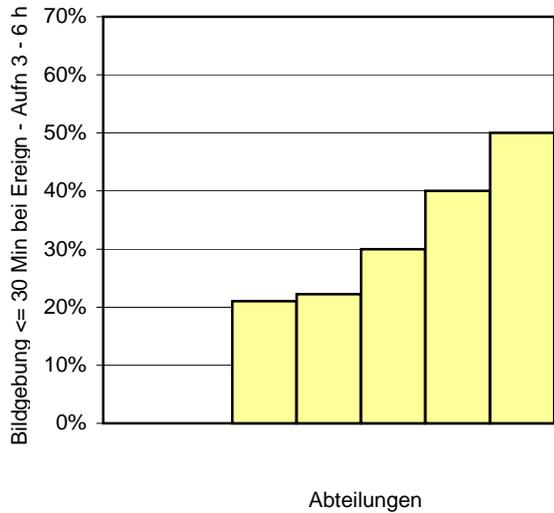
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Indikator-ID 2013/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:

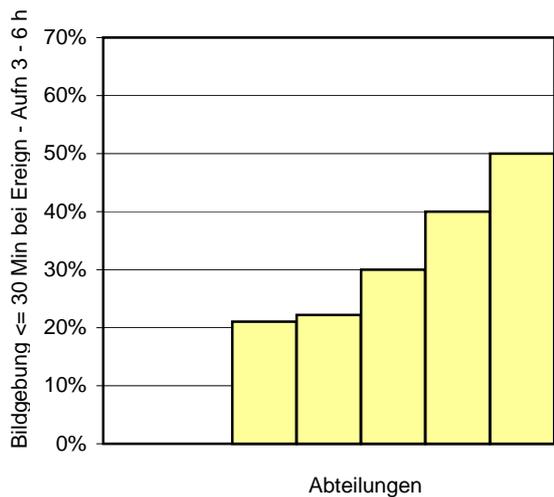
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,9	55,9	55,9	55,9	61,3	66,7	66,7	66,7	66,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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	22,2	40,0	50,0	50,0	50,0

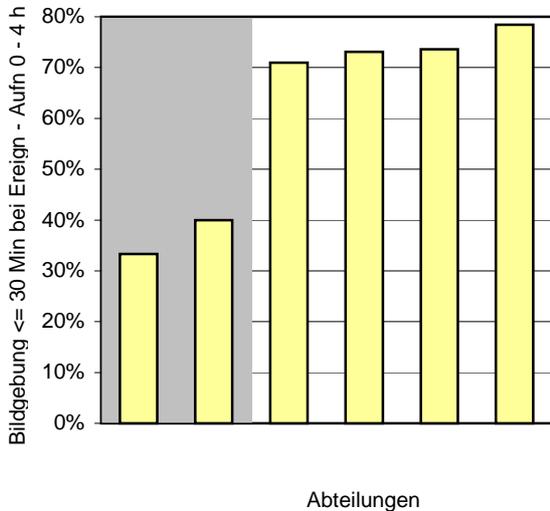
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Indikator-ID 2013/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:

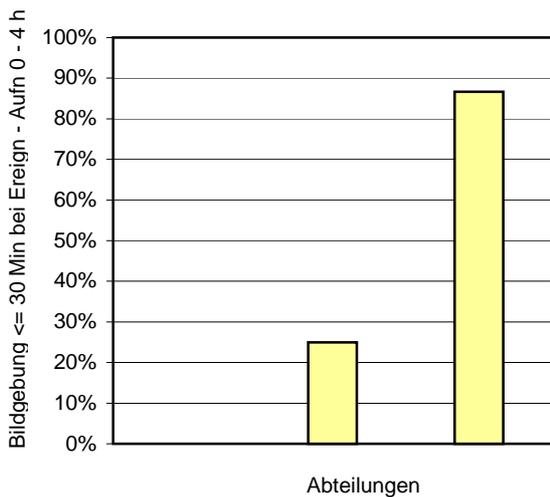
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	40,0	72,0	73,6	78,5	78,5	78,5

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	25,0	86,7	86,7	86,7	86,7

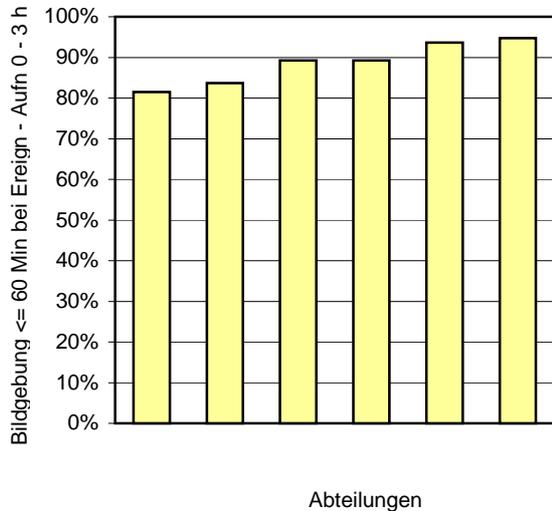
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Indikator-ID 2013/apo_hh/83303]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 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:

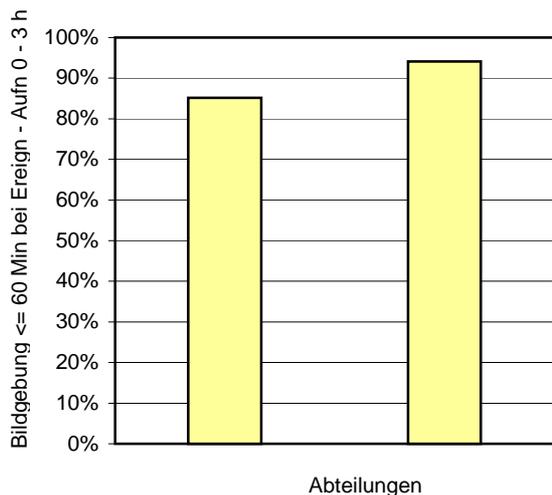
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,5	81,5	81,5	83,7	89,3	93,7	94,7	94,7	94,7

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	75,0	92,3	92,3	92,3	92,3

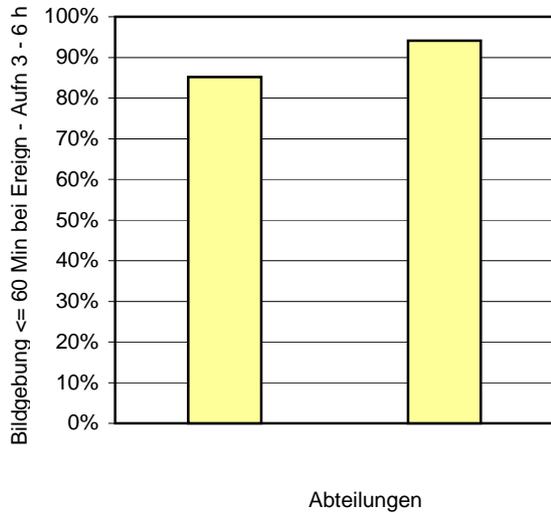
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13e, Indikator-ID 2013/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:

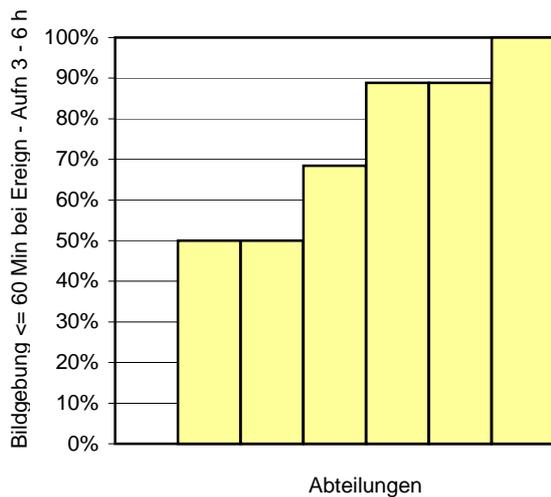
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,2	85,2	85,2	85,2	89,7	94,1	94,1	94,1	94,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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	50,0	68,4	88,9	100,0	100,0	100,0

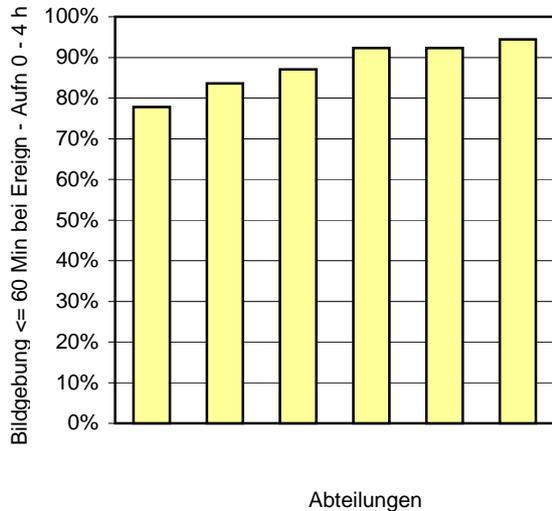
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13f, Indikator-ID 2013/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:

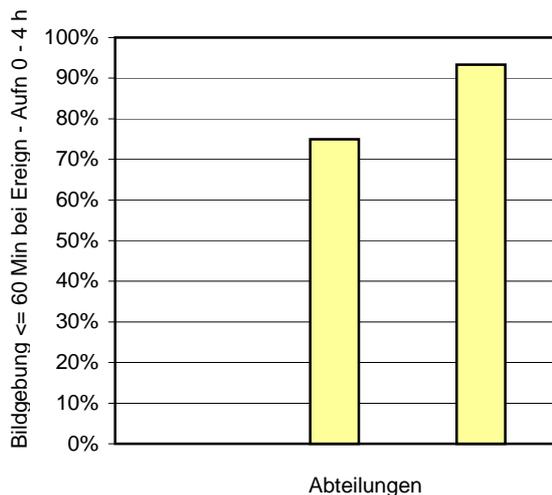
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,8	77,8	77,8	83,6	89,7	92,3	94,4	94,4	94,4

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	75,0	93,3	93,3	93,3	93,3

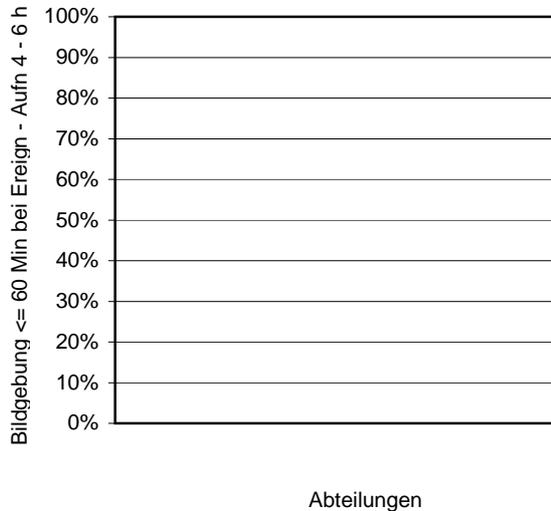
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13g, Indikator-ID 2013/apo_hh/103499]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 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:

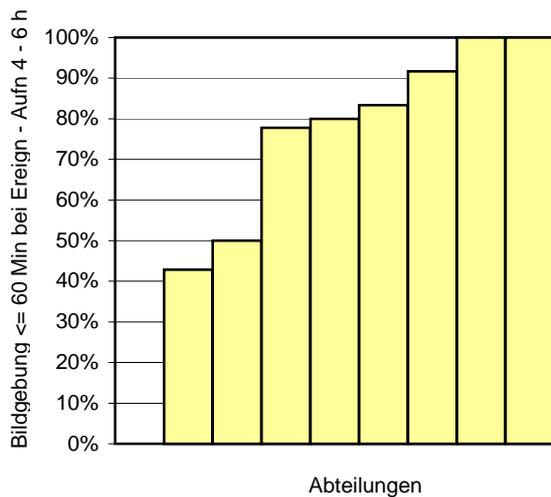
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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	50,0	80,0	91,7	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

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)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2013/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2013/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2013/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2013/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 2013 I. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich	$\geq 35,0\%$	$\geq 5,0\%$	$\geq 30,0\%$	$\geq 5,0\%$
Referenzbereich				

Gesamt 2013 I. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	102 / 170 	12 / 74 	112 / 199 	2 / 45 
Vertrauensbereich	52,2% - 67,4%	8,6% - 26,7%	49,1% - 63,3%	0,4% - 15,4%
Referenzbereich	$\geq 35,0\%$	$\geq 5,0\%$	$\geq 30,0\%$	$\geq 5,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich				

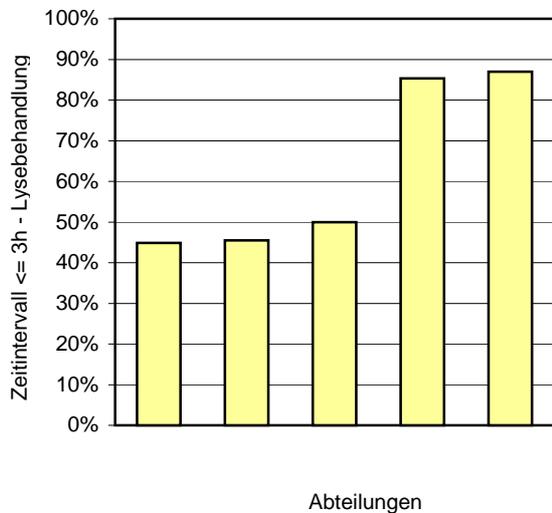
Vorjahresdaten	Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	130 / 235 55,3%	13 / 105 12,4%	136 / 264 51,5%	7 / 76 9,2%
	48,7% - 61,8%	6,7% - 20,3%	45,3% - 57,7%	3,7% - 18,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Indikator-ID 2013/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:

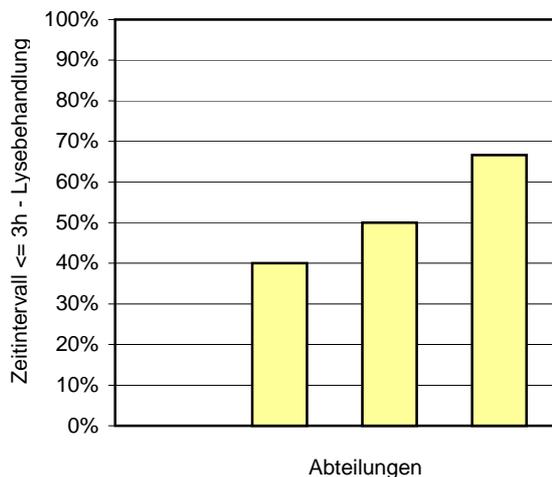
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,8	44,8	44,8	45,5	50,0	85,3	87,0	87,0	87,0

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	20,0	45,0	58,3	66,7	66,7	66,7

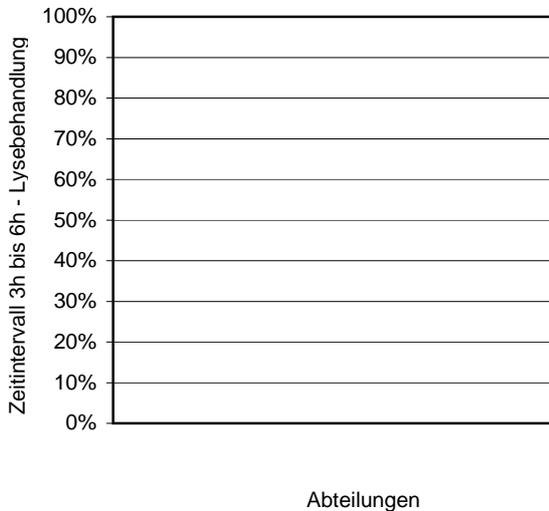
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Indikator-ID 2013/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:

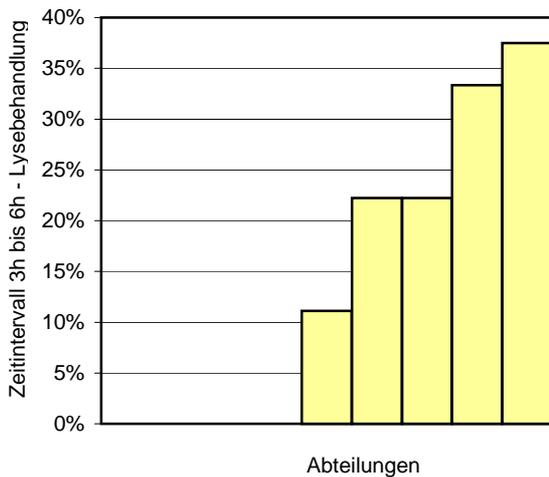
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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	11,1	22,2	37,5	37,5	37,5

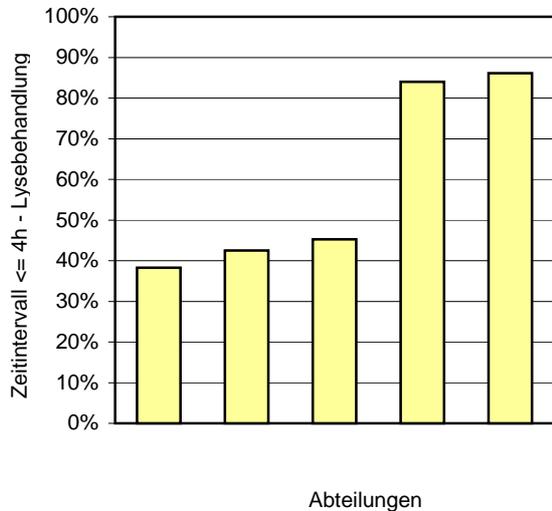
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Indikator-ID 2013/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:

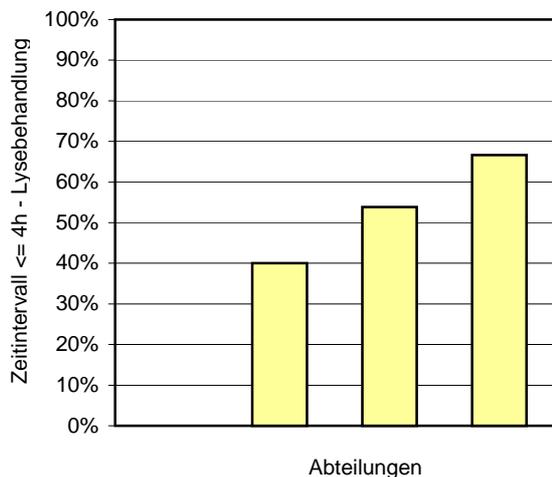
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	38,2	38,2	38,2	42,5	45,2	84,0	86,1	86,1	86,1

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	20,0	46,9	60,3	66,7	66,7	66,7

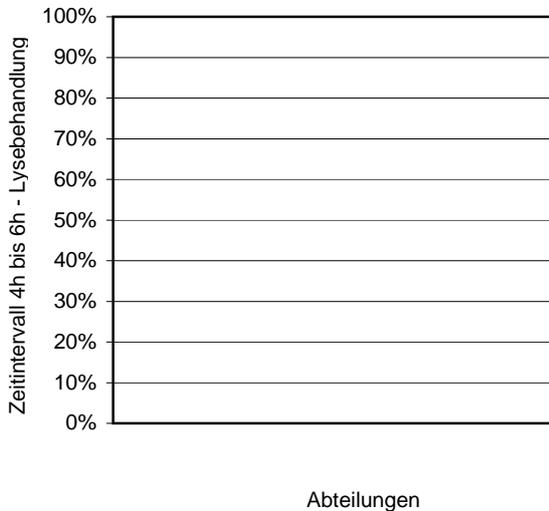
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Indikator-ID 2013/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:

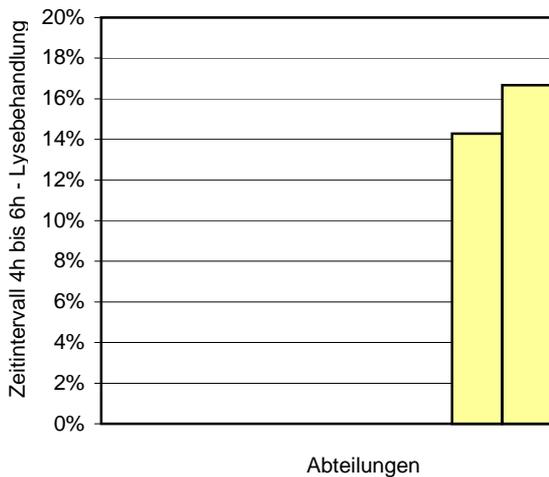
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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	16,7	16,7	16,7

1 Abteilung hat 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)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/83314
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/83313
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/83321
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/83320
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/103508
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/103509
	Gruppe 4:	<= 30 Min.	2013/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:	<= 30 Min.	>= 60,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.			
	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 2013 I. Qu.			
	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 2013 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	41 / 111 36,9%	5 / 13 38,5%	45 / 121 37,2%	1 / 3 33,3%
Vertrauensbereich	28,0% - 46,6%	13,8% - 68,5%	28,6% - 46,5%	
Referenzbereich	>= 75,0%	>= 65,0%	>= 75,0%	
<= 60 Minuten	102 / 111 91,9%	11 / 13 84,6%	112 / 121 92,6%	1 / 3 33,3%
Vertrauensbereich	85,1% - 96,3%	54,5% - 98,1%	86,3% - 96,6%	0,8% - 90,6%
Referenzbereich	>= 65,0%	>= 60,0%	>= 70,0%	>= 60,0%
> 30 - 60 Minuten	61 / 111 55,0%	6 / 13 46,2%	67 / 121 55,4%	0 / 3 0,0%
> 1 - 2 Stunden	7 / 111 6,3%	1 / 13 7,7%	7 / 121 5,8%	1 / 3 33,3%
> 2 - 3 Stunden	2 / 111 1,8%	0 / 13 0,0%	2 / 121 1,7%	0 / 3 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 111 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 121 0,0%	0 / 3 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 111 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 121 0,0%	0 / 3 0,0%
> 6 Stunden	0 / 111 0,0%	1 / 13 7,7%	0 / 121 0,0%	1 / 3 33,3%
keine Lyse durchgeführt	0 / 111 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 121 0,0%	0 / 3 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

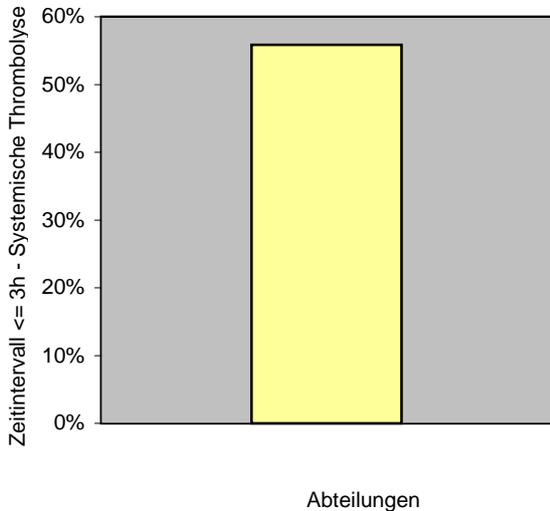
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	40 / 145 27,6%	4 / 13 30,8%	42 / 151 27,8%	
Vertrauensbereich	20,5% - 35,6%	9,0% - 61,5%	20,8% - 35,7%	
<= 60 Minuten	121 / 145 83,4%	11 / 13 84,6%	126 / 151 83,4%	6 / 7 85,7%
Vertrauensbereich	76,4% - 89,1%	54,5% - 98,1%	76,5% - 89,0%	42,1% - 99,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Indikator-ID 2013/apo_hh/83314]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse <= 30 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme <= 3 Stunden sowie systemischer Thrombolyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

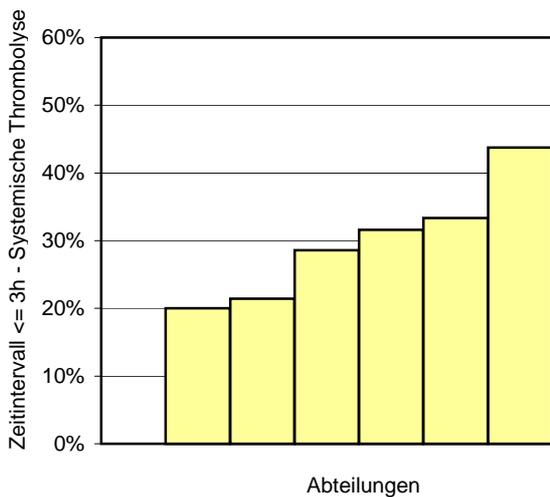
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,9	55,9	55,9	55,9	55,9	55,9	55,9	55,9	55,9

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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	20,0	28,6	33,3	43,8	43,8	43,8

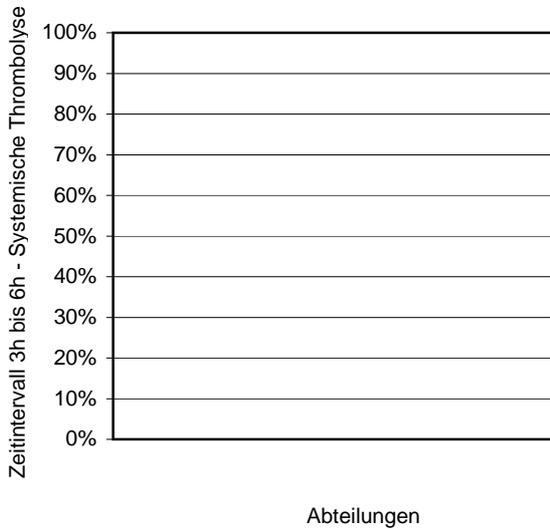
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Indikator-ID 2013/apo_hh/83321]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse <= 30 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden sowie systemischer Thrombolysen (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

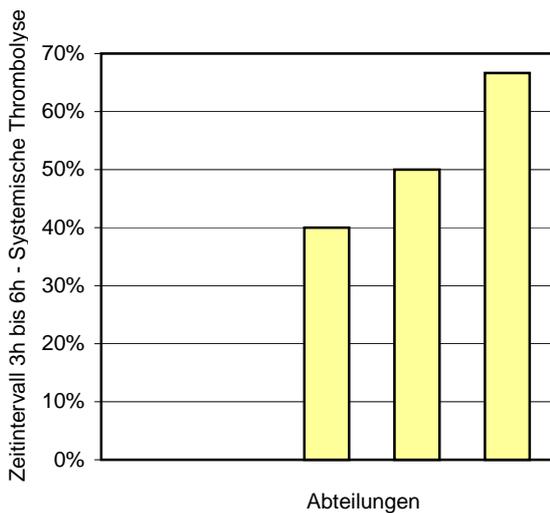
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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	40,0	50,0	66,7	66,7	66,7

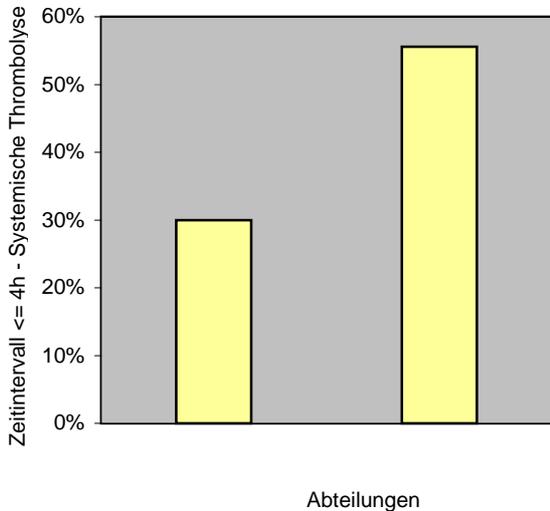
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Indikator-ID 2013/apo_hh/103508]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse <= 30 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:

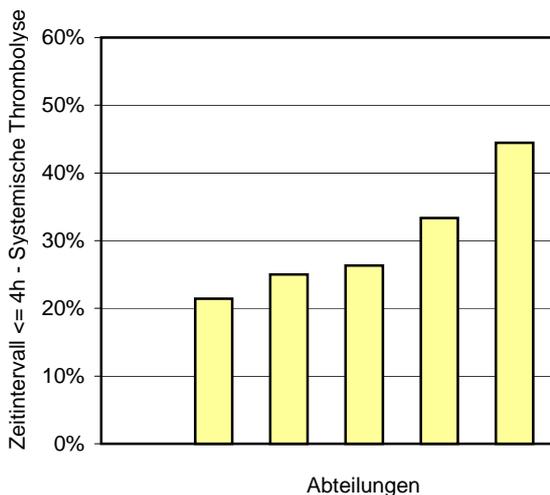
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	30,0	30,0	30,0	30,0	42,8	55,6	55,6	55,6	55,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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	21,4	25,7	33,3	44,4	44,4	44,4

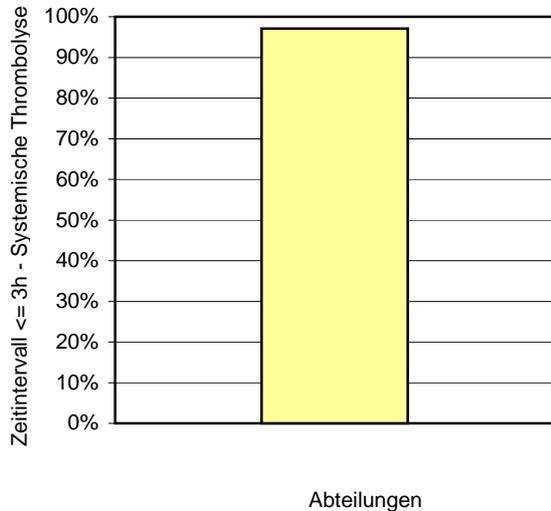
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Indikator-ID 2013/apo_hh/83313]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

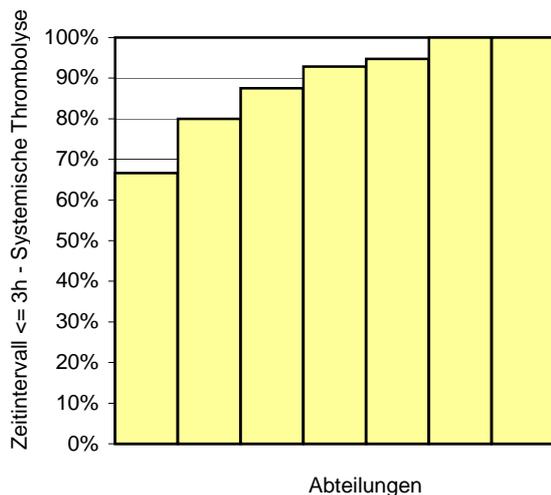
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,1	97,1	97,1	97,1	97,1	97,1	97,1	97,1	97,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	80,0	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0

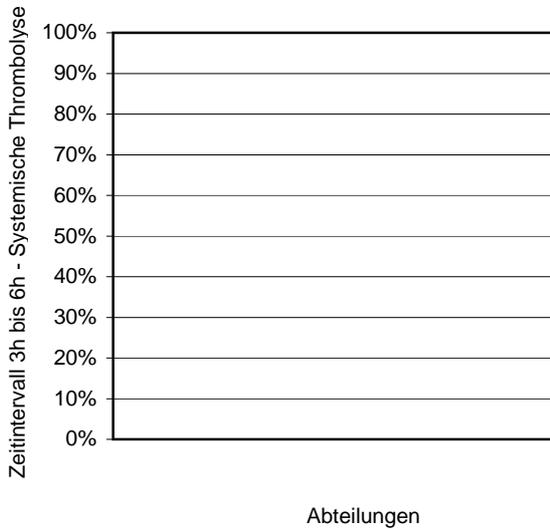
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15e, Indikator-ID 2013/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:

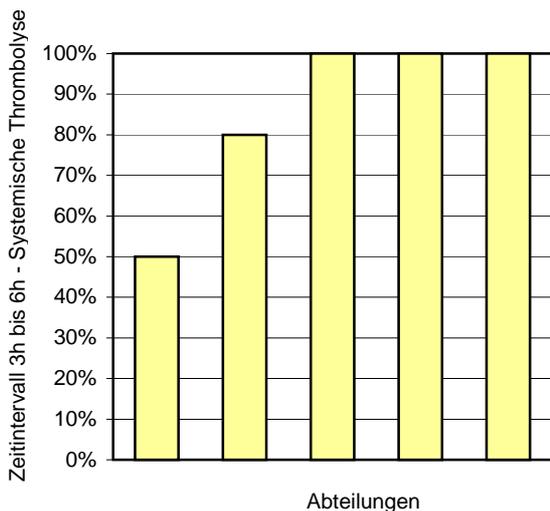
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

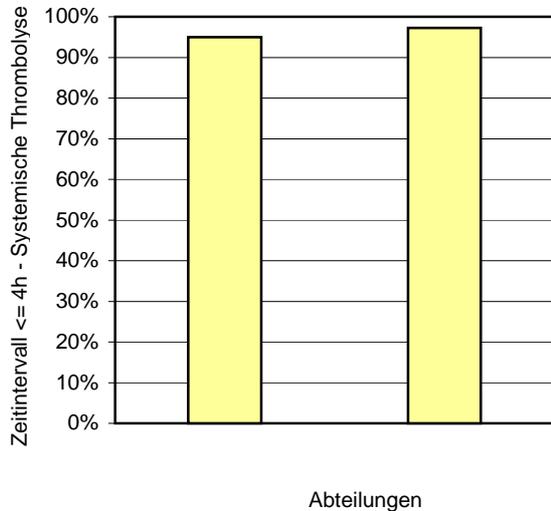
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15f, Indikator-ID 2013/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:

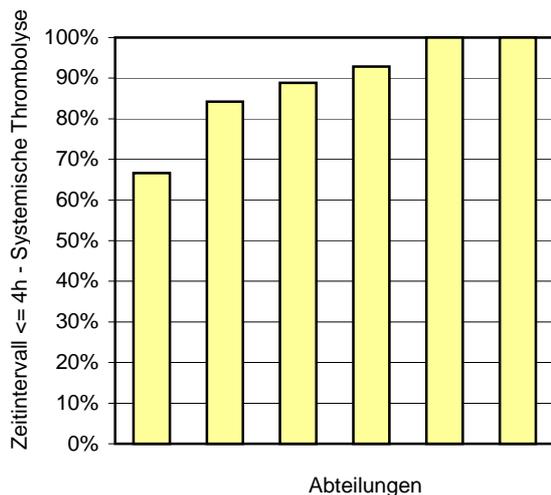
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,0	95,0	95,0	95,0	96,1	97,2	97,2	97,2	97,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	84,2	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0

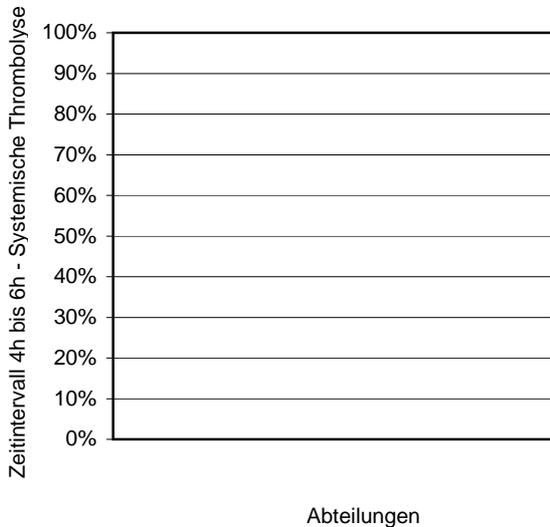
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15g, Indikator-ID 2013/apo_hh/103518]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse <= 60 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden sowie systemischer Thrombolysen (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

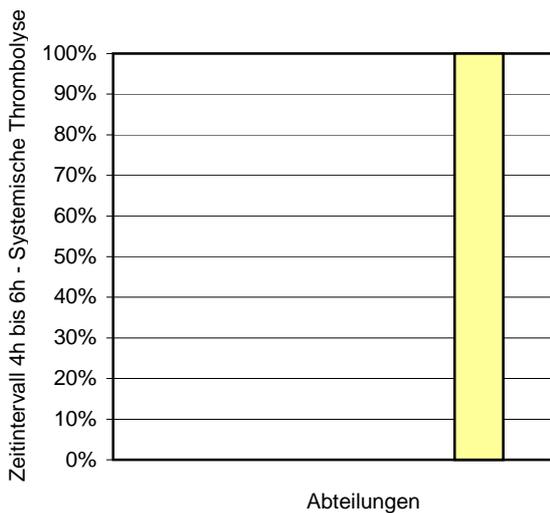
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

7 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
Indikator-ID: 2013/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 35,0%

	Abteilung 2013 I. Qu.	Gesamt 2013 I. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		747 / 1.538 48,6%
Vertrauensbereich		46,0% - 51,1%
Referenzbereich	>= 35,0%	>= 35,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 I. Qu.	Gesamt 2012 I. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.104 / 2.230 49,5%
Vertrauensbereich		47,4% - 51,6%

Abteilung 2013 I. Qu.

	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 2013 I. Qu.

	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	225 14,6%	139 9,0%	76 4,9%	37 2,4%	13 0,8%	6 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	11 0,7%	104 6,8%	117 7,6%	61 4,0%	23 1,5%	5 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,3%	11 0,7%	90 5,9%	105 6,8%	27 1,8%	7 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	6 0,4%	13 0,8%	56 3,6%	64 4,2%	19 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	3 0,2%	4 0,3%	7 0,5%	49 3,2%	48 3,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	3 0,2%	5 0,3%	14 0,9%	90 5,9%
6 Tod	0 0,0%	1 0,1%	3 0,2%	3 0,2%	9 0,6%	78 5,1%
	Rankin bei Entlassung					

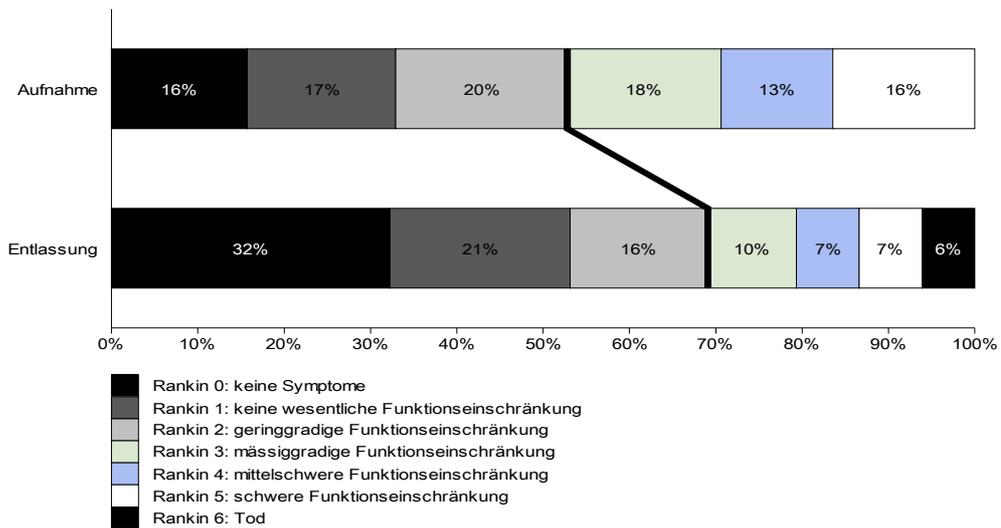
**Vorjahresdaten
Abteilung 2012 I. Qu.**

	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 2012 I. Qu.**

	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	320 14,3%	220 9,9%	121 5,4%	62 2,8%	22 1,0%	3 0,1%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	9 0,4%	131 5,9%	152 6,8%	73 3,3%	24 1,1%	7 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	13 0,6%	105 4,7%	176 7,9%	39 1,7%	15 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	4 0,2%	13 0,6%	118 5,3%	82 3,7%	28 1,3%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	3 0,1%	1 0,0%	3 0,1%	19 0,9%	82 3,7%	80 3,6%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,0%	5 0,2%	2 0,1%	19 0,9%	138 6,2%
6 Tod	0 0,0%	3 0,1%	1 0,0%	5 0,2%	17 0,8%	108 4,8%
	Rankin bei Entlassung					

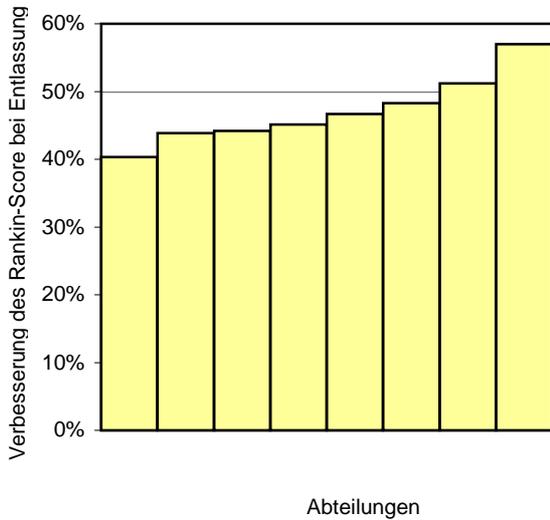
Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

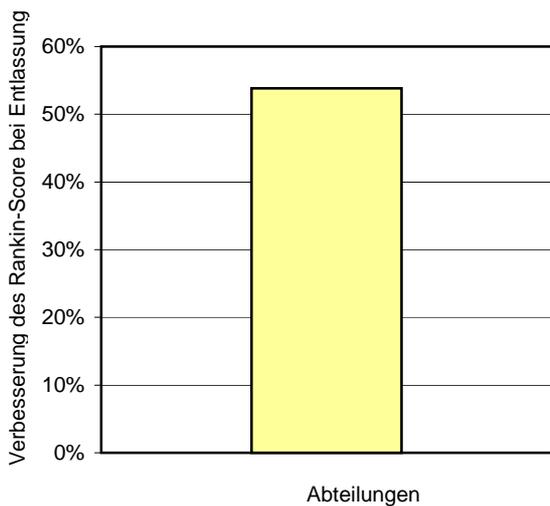
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Indikator-ID 2013/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,4	40,4	40,4	44,0	45,9	49,7	57,0	57,0	57,0

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
	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.830	100,0	2.821	100,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.830		2.821	

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

Patienten

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.538		2.230	
Median				76,0		75,0
Geschlecht						
männlich			742	48,2	1.128	50,6
weiblich			796	51,8	1.102	49,4

Aufnahme

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.180	76,7	1.728	77,5
Sonnabend oder Sonntag			358	23,3	502	22,5
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			801	52,1	1.116	50,0
nein			711	46,2	1.089	48,8
nicht bestimmbar			26	1,7	25	1,1
Sprachstörung						
ja			397	25,8	549	24,6
nein			1.091	70,9	1.626	72,9
nicht bestimmbar			50	3,3	55	2,5
Sprechstörung						
ja			519	33,7	706	31,7
nein			949	61,7	1.437	64,4
nicht bestimmbar			70	4,6	87	3,9
Schluckstörung						
ja			324	21,1	405	18,2
nein			1.146	74,5	1.714	76,9
nicht bestimmbar			68	4,4	111	5,0
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.375	89,4	2.015	90,4
somnolent-stuporös			114	7,4	155	7,0
komatös			49	3,2	60	2,7
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			151	9,8	201	9,0
> 1 - <= 2 Stunden			250	16,3	329	14,8
> 2 - <= 3 Stunden			174	11,3	281	12,6
> 3 - <= 3,5 Stunden			65	4,2	64	2,9
> 3,5 - <= 4 Stunden			38	2,5	86	3,9
> 4 - <= 6 Stunden			142	9,2	256	11,5
> 6 - <= 24 Stunden			260	16,9	444	19,9
> 24 - <= 48 Stunden			108	7,0	127	5,7
> 48 Stunden			194	12,6	261	11,7
unbekannt			89	5,8	105	4,7
wake up stroke			67	4,4	76	3,4

Diagnostik

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.425	92,7	2.100	94,2
Bildgebung-MRT nach Ereignis			904	58,8	1.423	63,8
Frische Läsion in der Bildgebung			890	57,9	1.272	57,0
Schlucktest nach Protokoll			1.253	81,5	1.744	78,2
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			211	13,7	267	12,0
>= 1 - 24 Stunden			350	22,8	521	23,4
> 24 Stunden			977	63,5	1.442	64,7
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.426	92,7	2.064	92,6
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.418	92,2	2.047	91,8
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			316	20,5	453	20,3
früherer Schlaganfall			399	25,9	650	29,1
Vorhofflimmern			395	25,7	570	25,6
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.303		1.901	
Pneumonie			97		148	
erhöhter Hirndruck			42		82	
andere Komplikationen			137		185	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			899	58,5	1.327	59,5
TIA			522	33,9	735	33,0
ICB			117	7,6	168	7,5
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			304	19,8	405	18,2
gelegentlicher Verlust			164	10,7	242	10,9
kontinent			1.070	69,6	1.583	71,0
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			315	20,5	453	20,3
grosse Unterstützung			177	11,5	242	10,9
geringe Unterstützung			285	18,5	331	14,8
vollständig selbstständig			761	49,5	1.204	54,0
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			365	23,7	518	23,2
grosse Unterstützung			187	12,2	268	12,0
geringe Unterstützung			284	18,5	404	18,1
vollständig selbstständig			702	45,6	1.040	46,6
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			208	13,5	261	11,7
gelegentlicher Verlust			125	8,1	212	9,5
kontinent			1.111	72,2	1.623	72,8
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			148	9,6	201	9,0
grosse Unterstützung			121	7,9	170	7,6
geringe Unterstützung			180	11,7	207	9,3
vollständig selbstständig			995	64,7	1.518	68,1
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			179	11,6	242	10,9
grosse Unterstützung			127	8,3	187	8,4
geringe Unterstützung			204	13,3	298	13,4
vollständig selbstständig			934	60,7	1.369	61,4

Rankin Skala

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			242	15,7	338	15,2
Rankin 1			264	17,2	373	16,7
Rankin 2			306	19,9	400	17,9
Rankin 3			274	17,8	455	20,4
Rankin 4			199	12,9	285	12,8
Rankin 5			253	16,4	379	17,0
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			496	32,2	748	33,5
Rankin 1			321	20,9	396	17,8
Rankin 2			245	15,9	352	15,8
Rankin 3			158	10,3	247	11,1
Rankin 4			112	7,3	188	8,4
Rankin 5			112	7,3	165	7,4
Tod			94	6,1	134	6,0

Rehabilitation

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.082	70,4	1.375	61,7
> Tag 2 nach Aufnahme			47	3,1	64	2,9
keine			409	26,6	791	35,5
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.342	87,3	1.980	88,8
> Tag 2 nach Aufnahme			88	5,7	82	3,7
keine			108	7,0	168	7,5
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.243	80,8	1.793	80,4
> Tag 2 nach Aufnahme			59	3,8	74	3,3
keine			236	15,3	363	16,3

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			345	22,4	512	23,0
Beatmung			81	5,3	86	3,9
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.179	76,7	1.729	77,5
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.099	71,5	1.622	72,7
Thromboseprophylaxe			1.391	90,4	2.072	92,9

Entlassung

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/Prävention			1.509	98,1	2.195	98,4
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.309	85,1	1.760	78,9
Entlassungsart						
verstorben			94	6,1	134	6,0
nach Hause			828	53,8	1.244	55,8
Pflegeeinrichtung/Heim			114	7,4	150	6,7
andere Abteilung			48	3,1	96	4,3
externe (Akut)Klinik			33	2,1	37	1,7
Reha-Klinik			421	27,4	569	25,5
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.538	100,0	2.230	100,0
Mittelwert				7,8		9,0
Median				6,5		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			143	9,3	174	7,8
Lyse i.a.			21	1,4	23	1,0
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			55	3,6	50	2,2
> 30 - <= 60 Minuten			81	5,3	101	4,5
> 1 - <= 2 Stunden			10	0,7	32	1,4
> 2 - <=3 Stunden			3	0,2	3	0,1
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			1	0,1	1	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.388	90,2	2.043	91,6
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			601	39,1	917	41,1
> 30 - <= 60 Minuten			435	28,3	741	33,2
> 1 - <= 3 Stunden			315	20,5	356	16,0
> 3 - <= 6 Stunden			75	4,9	82	3,7
> 6 Stunden			53	3,4	56	2,5
1. Bildgebung vor Aufnahme			57	3,7	74	3,3
keine Bildgebung erfolgt			2	0,1	4	0,2
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			789	51,3	1.161	52,1
3 - 8 (mittel)			439	28,5	624	28,0
9 - 20 (schwerwiegend)			226	14,7	316	14,2
> 20 (sehr schwerwiegend)			70	4,6	98	4,4
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			1.001	65,1	1.336	59,9
Hypercholesterinämie			639	41,5	894	40,1
keine Angabe			296	19,2	616	27,6
Sekundärprophylaxe						
Statine			810	52,7	1.067	47,8
Antihypertensiva			923	60,0	1.275	57,2
Antidiabetika			202	13,1	298	13,4
keine Angabe			375	24,4	647	29,0
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.041	67,7	1.311	58,8
Pflege zu Hause			126	8,2	155	7,0
Pflege in Institution			130	8,5	136	6,1
keine Angabe			241	15,7	628	28,2

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 2013.

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 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 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 2012 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 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.

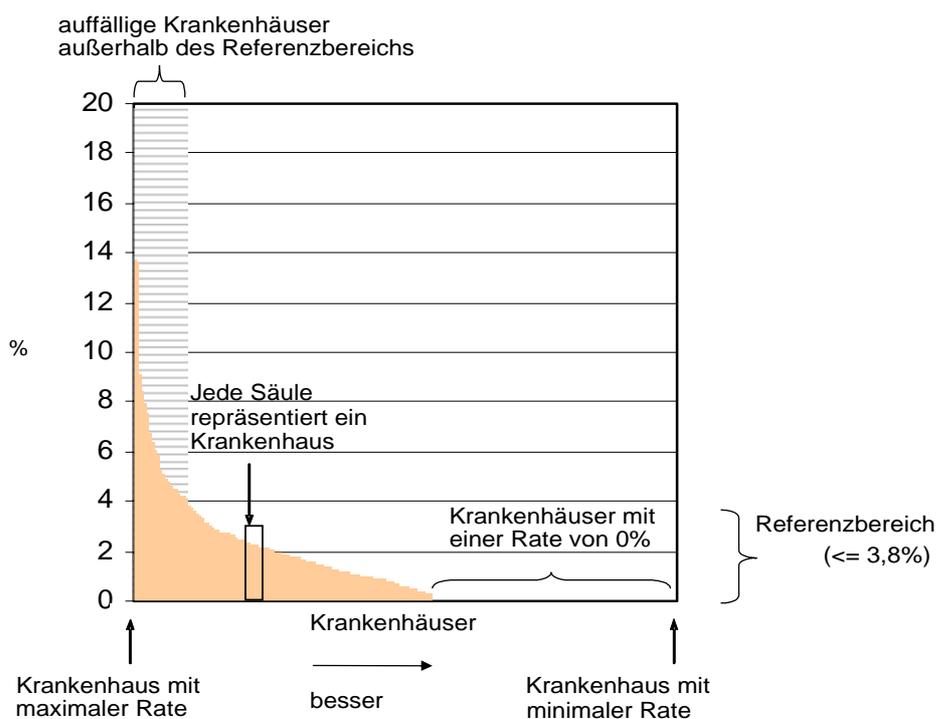
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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