

Auswertung 2. Quartal 2013 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 10
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.236
Datensatzversion: apo_hh 2013 2.0
Datenbankstand: 02. August 2013
2013 - D12960-L83601-P39781

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 II. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen für die Vorjahresdaten in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2012 im II. 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)			86,5%	>= 55,0%	1.1
2013/apo_hh/83284 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			92,8%	>= 80,0%	1.3
2013/apo_hh/83285 QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			91,0%	>= 75,0%	1.5
2013/apo_hh/83286 QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,2%	>= 90,0%	1.7
2013/apo_hh/83287 QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,8%	>= 90,0%	1.9
2013/apo_hh/83288 QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			84,7%	>= 65,0%	1.11
2013/apo_hh/83290 QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			89,1%	>= 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			100,0%	>= 95,0%	1.15
2013/apo_hh/83292 QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			98,2%	>= 90,0%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2013/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	1.19
2013/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			3,1%	<= 4,0%	1.19
2013/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			15,3%	<= 25,0%	1.19
2013/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			88,1%	>= 70,0%	1.24
2013/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			35,2%	>= 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			72,4%	>= 50,0%	1.28
2013/apo_hh/98326 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			55,9%	>= 40,0%	1.28
2013/apo_hh/103490 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			71,0%	>= 50,0%	1.28
2013/apo_hh/83303 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			91,0%	>= 70,0%	1.28
2013/apo_hh/83307 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			84,9%	>= 65,0%	1.28
2013/apo_hh/103491 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			90,2%	>= 65,0%	1.28
2013/apo_hh/103499 > 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			84,9%	>= 65,0%	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			69,9%	>= 40,0%	1.39
2013/apo_hh/83312 Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			19,0%	nicht definiert	1.39
2013/apo_hh/103506 Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			67,5%	>= 35,0%	1.39
2013/apo_hh/103507 Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			7,1%	nicht definiert	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			50,6%	>= 20,0%	1.45
2013/apo_hh/83321 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			29,4%	>= 10,0%	1.45
2013/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			49,2%	>= 20,0%	1.45
2013/apo_hh/83313 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			92,1%	>= 70,0%	1.45
2013/apo_hh/83320 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			70,6%	nicht definiert	1.45
2013/apo_hh/103509 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			91,0%	>= 70,0%	1.45
2013/apo_hh/103518 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			50,0%	nicht definiert	1.45
2013/apo_hh/83372 QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			53,8%	>= 40,0%	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: >= 55,0%

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.517 / 1.754	86,5%
Vertrauensbereich				84,8% - 88,1%
Referenzbereich		>= 55,0%		>= 55,0%

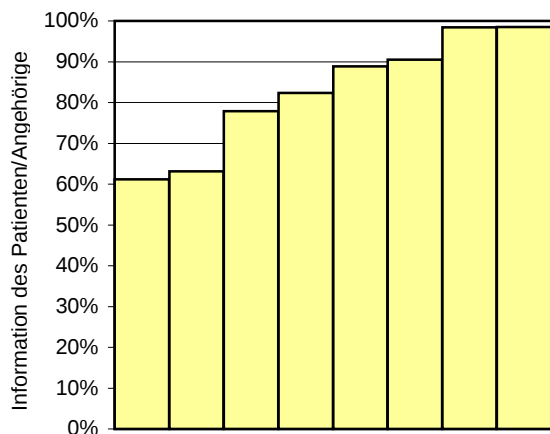
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.615 / 1.968	82,1%
Vertrauensbereich				80,3% - 83,7%

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.

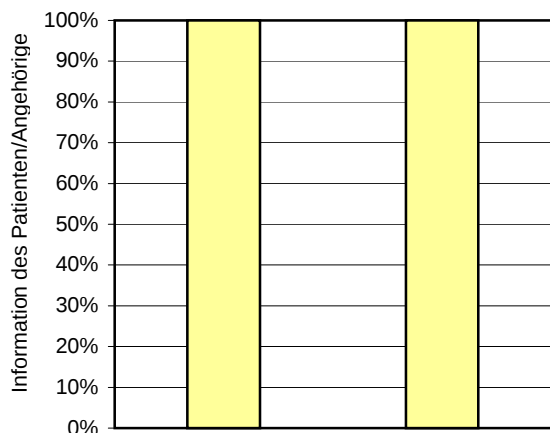


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,2	61,2	61,2	70,5	85,6	94,5	98,5	98,5	98,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentierter Parese und deutlicher Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83284

Referenzbereich: $\geq 80,0\%$

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich			564 / 608	92,8% 90,4% - 94,7% >= 80,0%

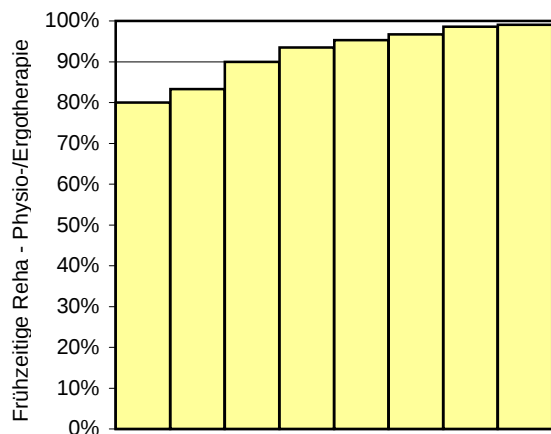
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			630 / 701	89,9% 87,4% - 92,0%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

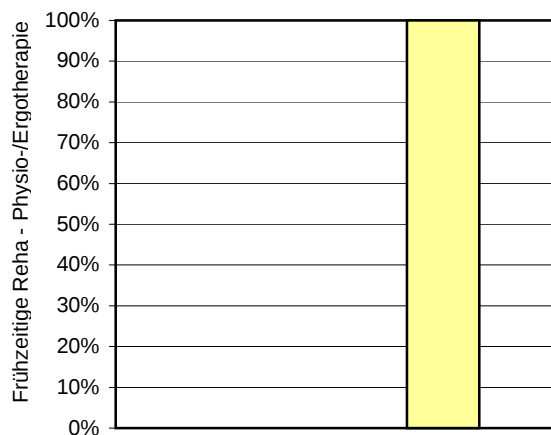


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0	80,0	80,0	86,7	94,4	97,6	99,0	99,0	99,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben 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: >= 75,0%

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			658 / 723	91,0%
Vertrauensbereich				88,7% - 93,0%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

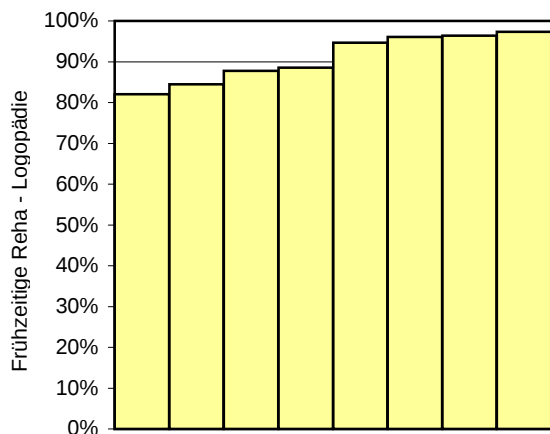
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			647 / 740	87,4%
Vertrauensbereich				84,8% - 89,7%

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.

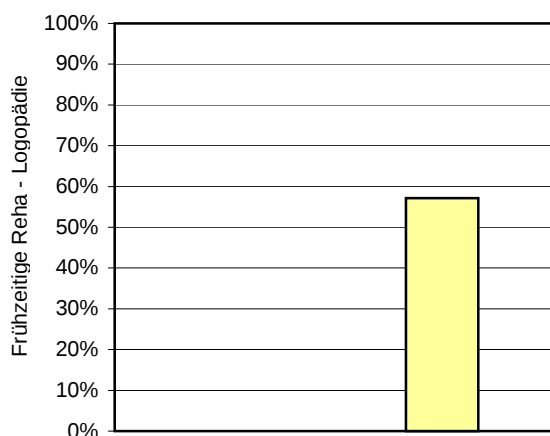


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,1	82,1	82,1	86,1	91,6	96,2	97,4	97,4	97,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	28,6	57,1	57,1	57,1	57,1

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			986 / 1.025	
Vertrauensbereich				94,8% - 97,3%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

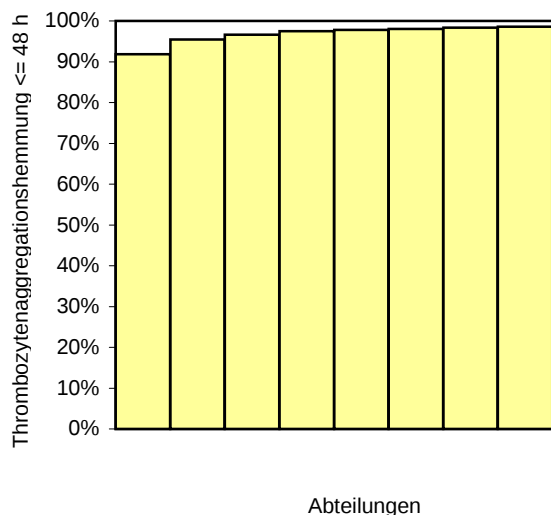
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.159 / 1.200	
Vertrauensbereich				95,4% - 97,5%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

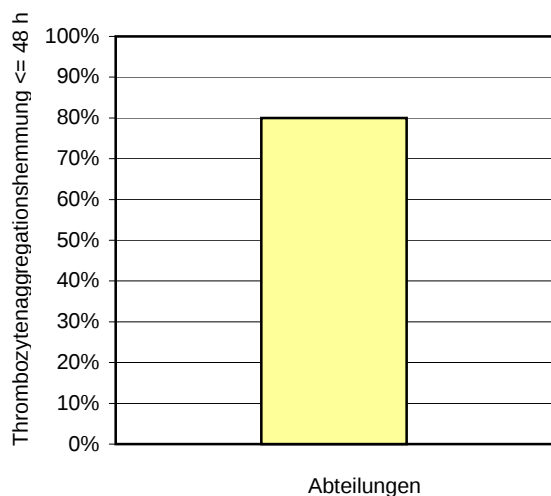
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,9	91,9	91,9	96,0	97,6	98,2	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
	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 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 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.266 / 1.336	94,8%
Vertrauensbereich				93,4% - 95,9%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

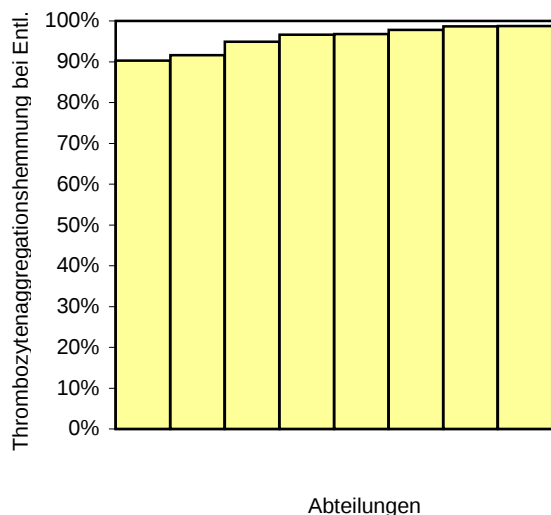
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.438 / 1.512	95,1%
Vertrauensbereich				93,9% - 96,1%

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:

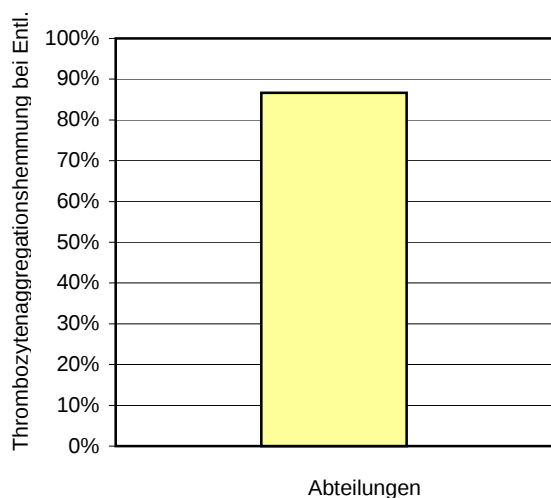
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,3	90,3	90,3	93,3	96,7	98,2	98,8	98,8	98,8

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
	86,7	86,7	86,7	86,7	86,7	86,7	86,7	86,7	86,7

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: >= 65,0%

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			222 / 262	84,7%
Vertrauensbereich				79,8% - 88,9%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

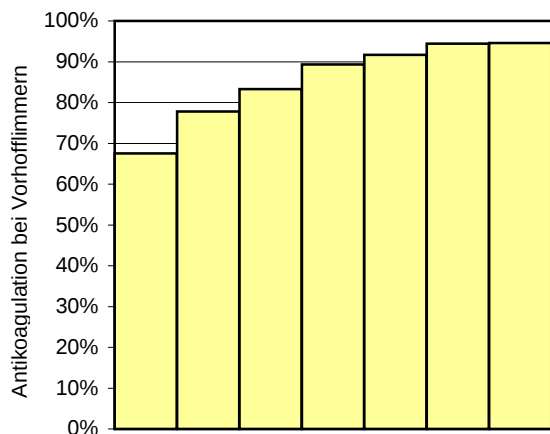
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			216 / 281	76,9%
Vertrauensbereich				71,5% - 81,7%

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:

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

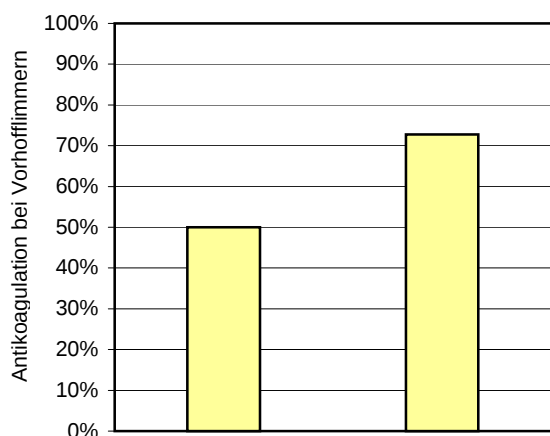


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	67,5	67,5	67,5	77,8	89,4	94,4	94,6	94,6	94,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	61,4	72,7	72,7	72,7	72,7

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:	>= 75,0%

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			754 / 846	89,1%
Vertrauensbereich				86,8% - 91,1%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

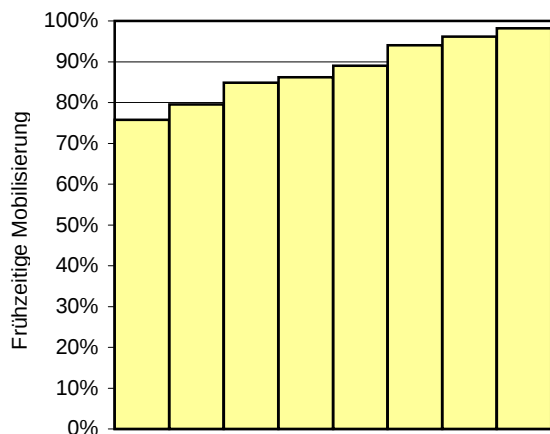
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			801 / 929	86,2%
Vertrauensbereich				83,8% - 88,4%

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.

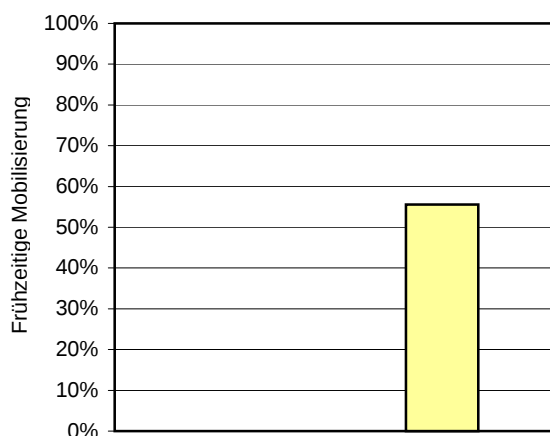


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,7	75,7	75,7	82,2	87,6	95,1	98,2	98,2	98,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	27,8	55,6	55,6	55,6	55,6

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83291

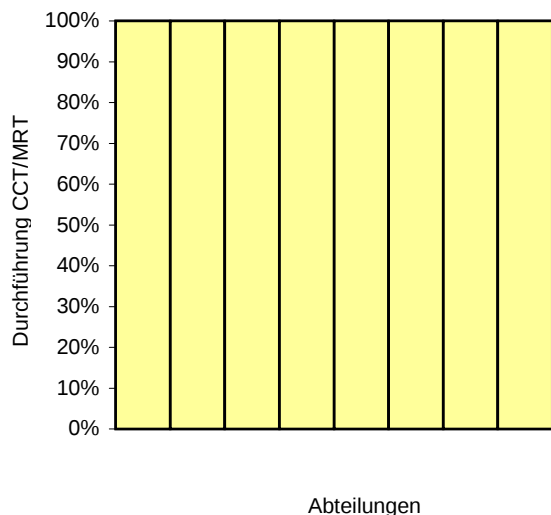
Referenzbereich: $\geq 95,0\%$

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.826 / 1.826	100,0%
Vertrauensbereich				99,8% - 100,0%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.076 / 2.078	99,9%
Vertrauensbereich				99,6% - 100,0%

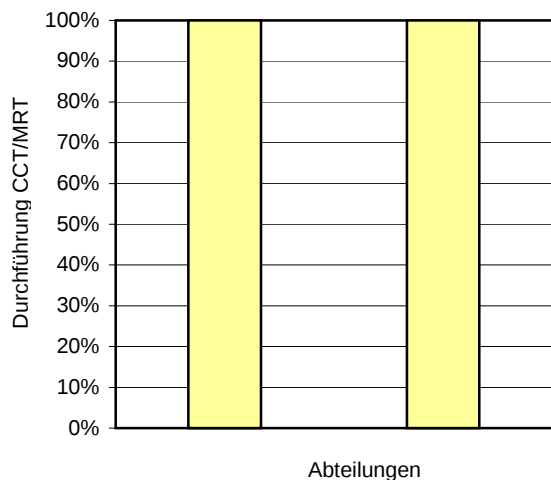
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2013/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten

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

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83292

Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.697 / 1.728	98,2%
Vertrauensbereich				97,5% - 98,8%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

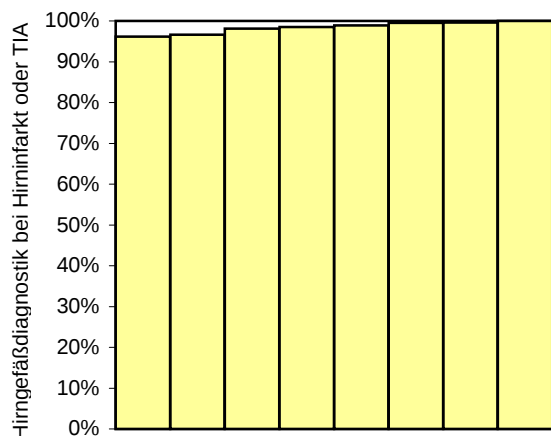
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.854 / 1.933	95,9%
Vertrauensbereich				94,9% - 96,8%

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.

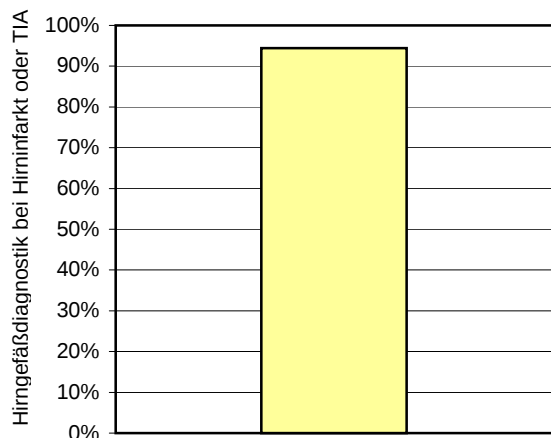


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,2	96,2	96,2	97,4	98,7	99,6	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.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,4	94,4	94,4	94,4	94,4	94,4	94,4	94,4	94,4

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 II. 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%

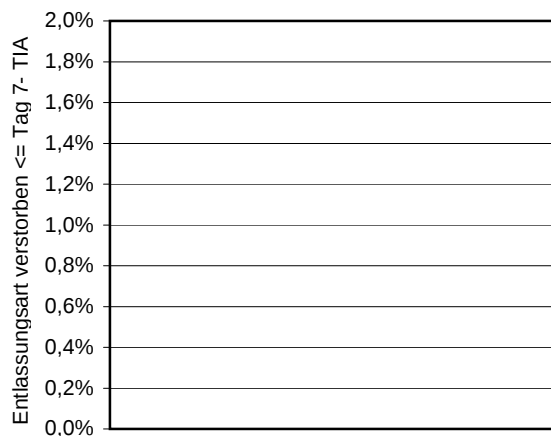
	Gesamt 2013 II. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 583 0,0%	35 / 1.145 3,1%	15 / 98 15,3%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,6%	2,1% - 4,2%	8,8% - 24,0%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. 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 II. 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	0 / 687 0,0% 0,0% - 0,5%	50 / 1.246 4,0% 3,0% - 5,3%	26 / 145 17,9% 12,0% - 25,2%

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:
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

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



Abteilungen

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

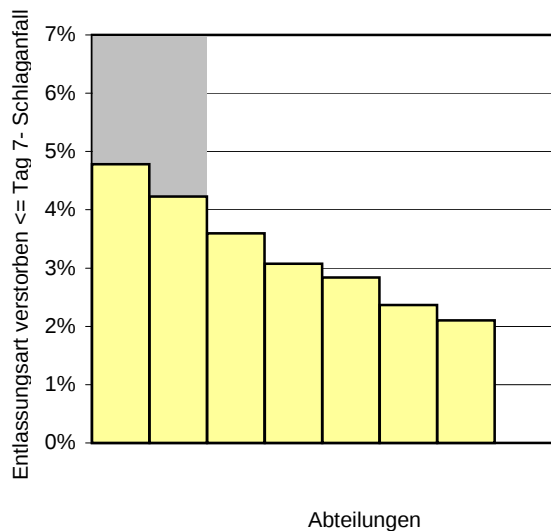
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

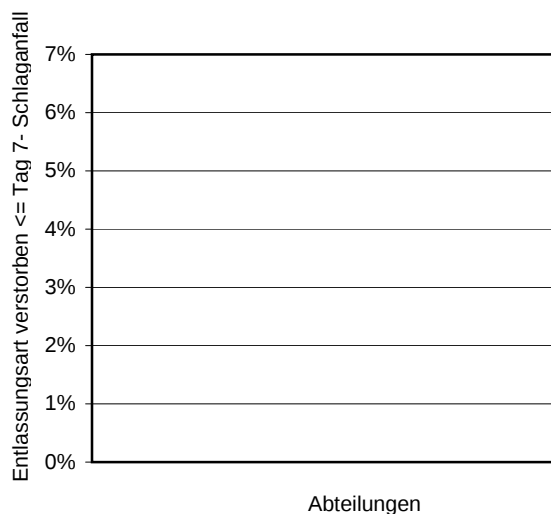
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



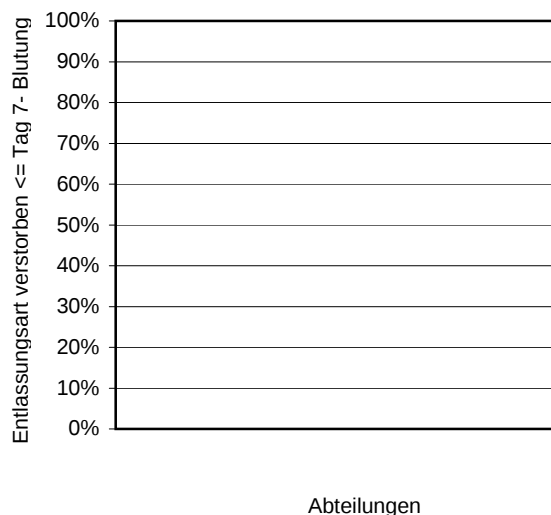
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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:

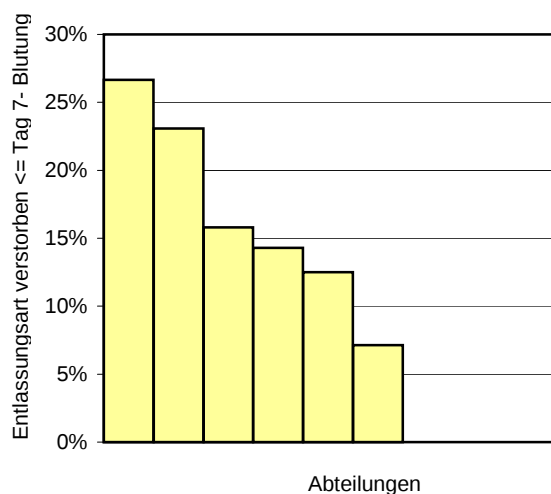
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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	12,5	15,8	26,7	26,7	26,7

1 Abteilung hat 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: $\geq 70,0\%$

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			921 / 1.045	88,1%
Vertrauensbereich				86,0% - 90,0%
Referenzbereich		$\geq 70,0\%$		$\geq 70,0\%$

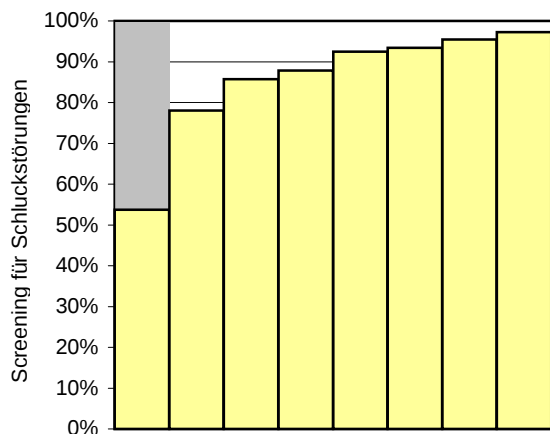
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			970 / 1.132	85,7%
Vertrauensbereich				83,5% - 87,7%

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.

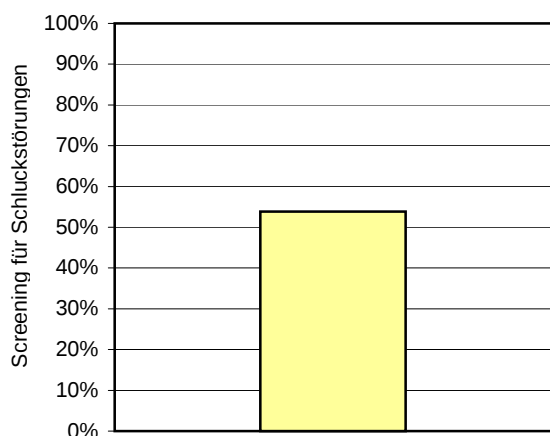


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,7	53,7	53,7	81,9	90,2	94,5	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.



Abteilungen

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.

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 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			170 / 1.826	9,3%
> 1 - <= 2 Stunden			265 / 1.826	14,5%
> 2 - <= 3 Stunden			208 / 1.826	11,4%
> 3 - <= 3,5 Stunden			62 / 1.826	3,4%
> 3,5 - <= 4 Stunden			53 / 1.826	2,9%
> 4 - <= 6 Stunden			170 / 1.826	9,3%
> 6 - <= 24 Stunden			358 / 1.826	19,6%
> 24 - <= 48 Stunden			109 / 1.826	6,0%
> 48 Stunden			243 / 1.826	13,3%
wake up stroke			73 / 1.826	4,0%
unbekannt			115 / 1.826	6,3%
<= 3 Stunden			643 / 1.826	35,2%
Vertrauensbereich				33,0% - 37,5%
Referenzbereich		>= 30,0%		>= 30,0%

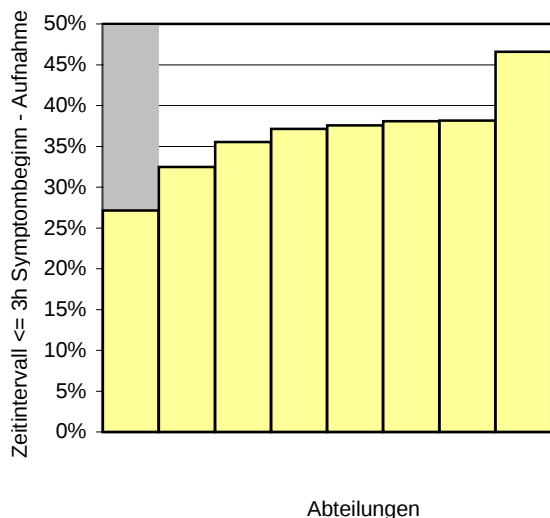
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			639 / 2.078	30,8%
Vertrauensbereich				28,8% - 32,8%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

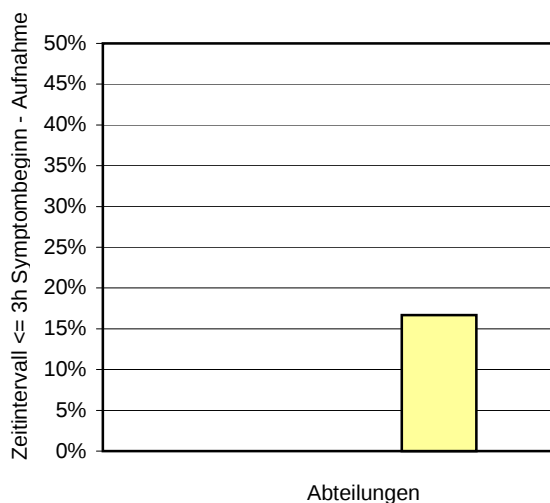
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	27,1	27,1	27,1	34,0	37,3	38,1	46,6	46,6	46,6

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	8,3	16,7	16,7	16,7	16,7

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
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.	>= 50,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	>= 40,0%
		<= 60 Min.	>= 65,0%
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 50,0%
		<= 60 Min.	>= 65,0%
	Gruppe 4:	<= 30 Min.	>= 65,0%

Abteilung 2013 II. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 50,0%	>= 40,0%	>= 50,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 70,0%	>= 65,0%	>= 65,0%	>= 65,0%

	Abteilung 2013 II. 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 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	289 / 399 72,4%	85 / 152 55,9%	325 / 458 71,0%	49 / 93 52,7%
Vertrauensbereich	67,8% - 76,8%	47,6% - 64,0%	66,6% - 75,1%	
Referenzbereich	>= 50,0%	>= 40,0%	>= 50,0%	
<= 60 Minuten	363 / 399 91,0%	129 / 152 84,9%	413 / 458 90,2%	79 / 93 84,9%
Vertrauensbereich	87,7% - 93,6%	78,1% - 90,2%	87,1% - 92,7%	76,0% - 91,5%
Referenzbereich	>= 70,0%	>= 65,0%	>= 65,0%	>= 65,0%
> 30 - 60 Minuten	74 / 399 18,5%	44 / 152 28,9%	88 / 458 19,2%	30 / 93 32,3%
> 1 bis 3 Stunden	31 / 399 7,8%	19 / 152 12,5%	39 / 458 8,5%	11 / 93 11,8%
> 3 bis 6 Stunden	3 / 399 0,8%	2 / 152 1,3%	4 / 458 0,9%	1 / 93 1,1%
> 6 Stunden	1 / 399 0,3%	1 / 152 0,7%	1 / 458 0,2%	1 / 93 1,1%
1. Bildgebung vor Aufnahme	1 / 399 0,3%	1 / 152 0,7%	1 / 458 0,2%	1 / 93 1,1%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 399 0,0%	0 / 152 0,0%	0 / 458 0,0%	0 / 93 0,0%

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

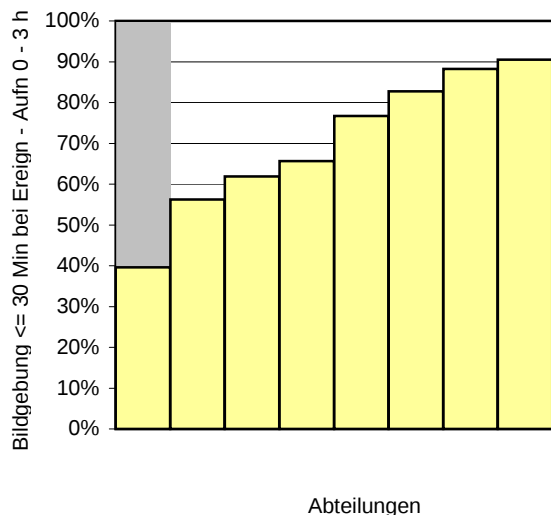
Vorjahresdaten	Gesamt 2012 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	263 / 379 69,4%	143 / 253 56,5%	320 / 476 67,2%	
Vertrauensbereich	64,5% - 74,0%	50,2% - 62,7%	62,8% - 71,4%	
<= 60 Minuten	343 / 379 90,5%	219 / 253 86,6%	431 / 476 90,5%	131 / 156 84,0%
Vertrauensbereich	87,1% - 93,3%	81,7% - 90,5%	87,5% - 93,0%	77,2% - 89,4%

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:

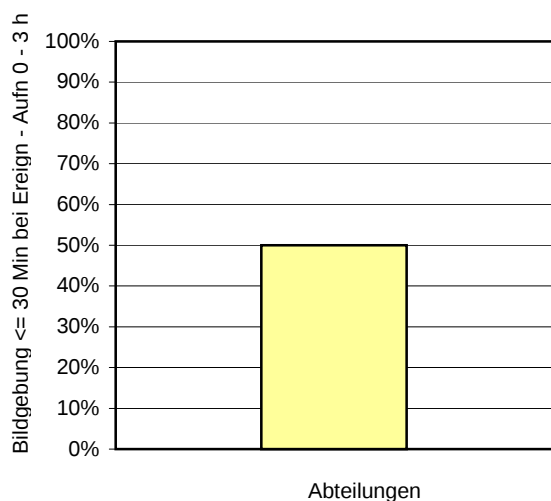
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	39,6	39,6	39,6	59,1	71,1	85,5	90,5	90,5	90,5

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
	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0

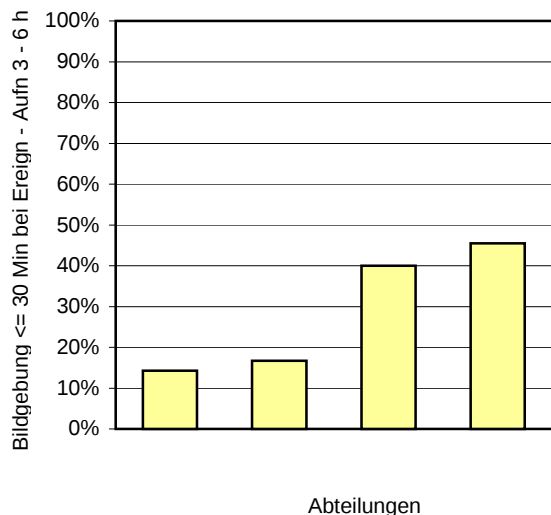
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

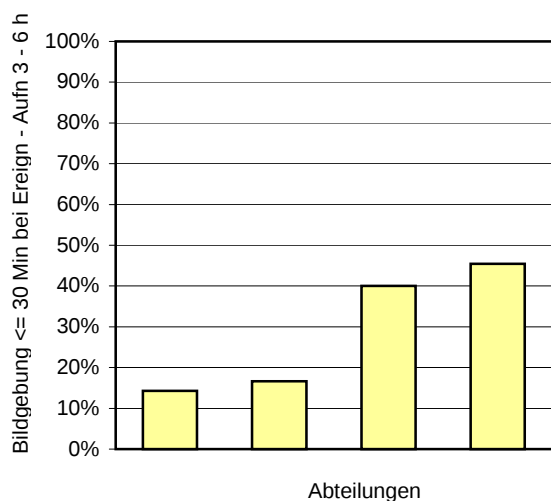
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	57,1	57,1	57,1	58,6	61,9	75,7	87,5	87,5	87,5

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
	14,3	14,3	14,3	15,5	28,3	42,7	45,5	45,5	45,5

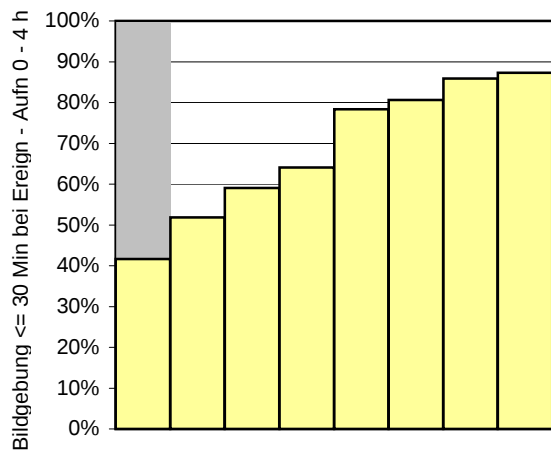
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

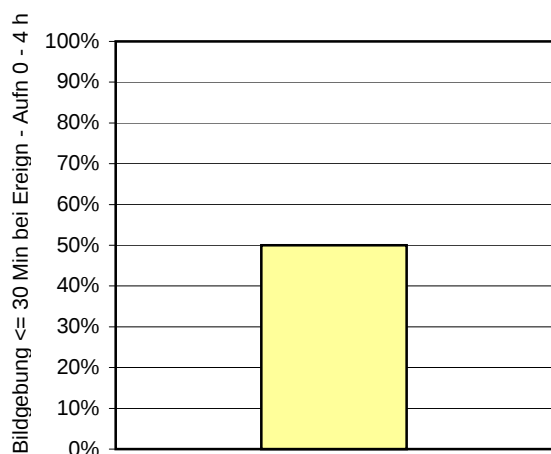


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	41,7	41,7	41,7	55,5	71,2	83,2	87,3	87,3	87,3

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

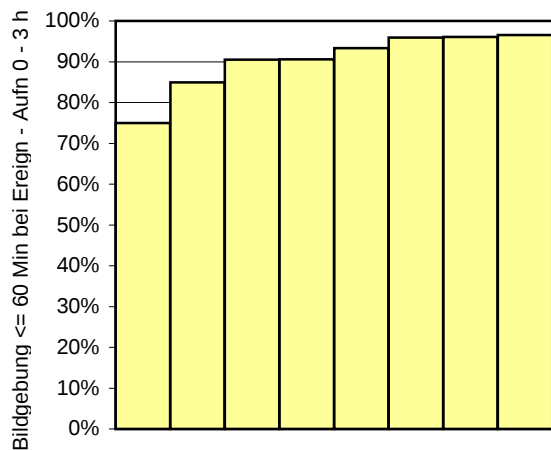
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

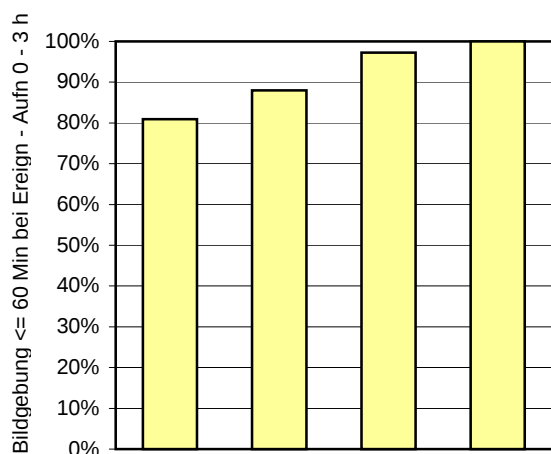


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	87,7	92,0	96,0	96,6	96,6	96,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

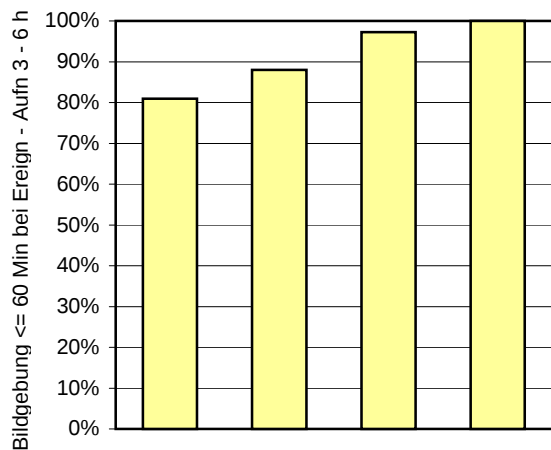
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

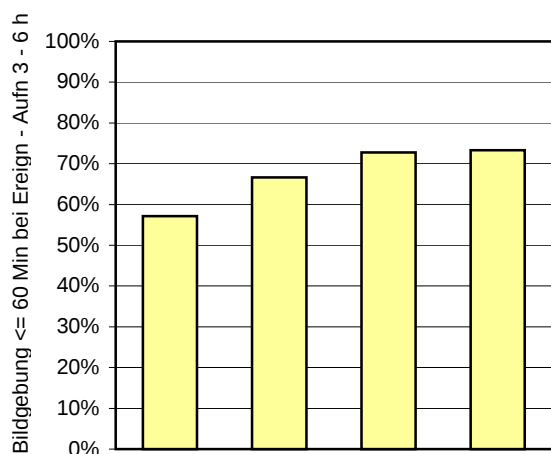


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,0	81,0	81,0	84,5	92,6	98,6	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	57,1	57,1	57,1	61,9	69,7	73,0	73,3	73,3	73,3

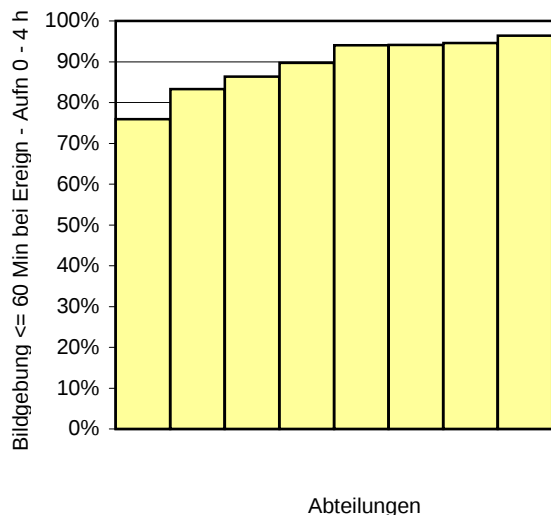
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13f, Indikator-ID 2013/apo_hh/103491]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung $\leq$ 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:

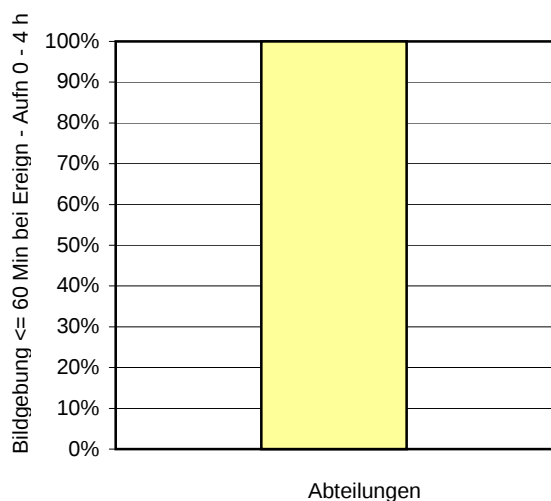
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,9	75,9	75,9	84,8	91,9	94,4	96,4	96,4	96,4

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

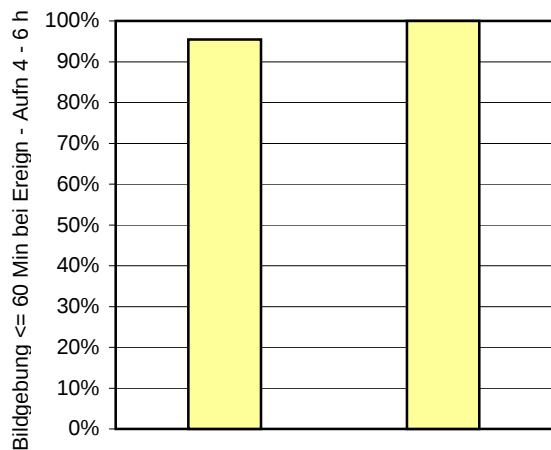
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

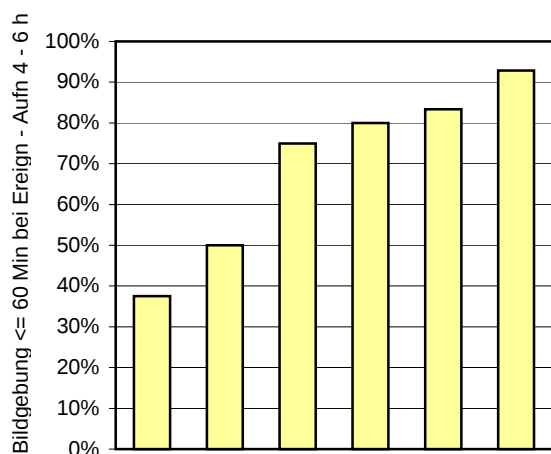


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,5	95,5	95,5	95,5	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,5	37,5	37,5	50,0	77,5	83,3	92,9	92,9	92,9

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyse

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 3 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 4 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
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:	$\geq 40,0\%$	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	$\geq 35,0\%$	
	Gruppe 4:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	

Abteilung 2013 II. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	$\geq 40,0\%$	nicht definiert	$\geq 35,0\%$	nicht definiert

Gesamt 2013 II. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	151 / 216	12 / 63	160 / 237	3 / 42
	69,9%	19,0%	67,5%	7,1%
Vertrauensbereich	63,3% - 75,9%	10,2% - 31,0%	61,1% - 73,4%	1,4% - 19,7%
Referenzbereich	$\geq 40,0\%$	nicht definiert	$\geq 35,0\%$	nicht definiert

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

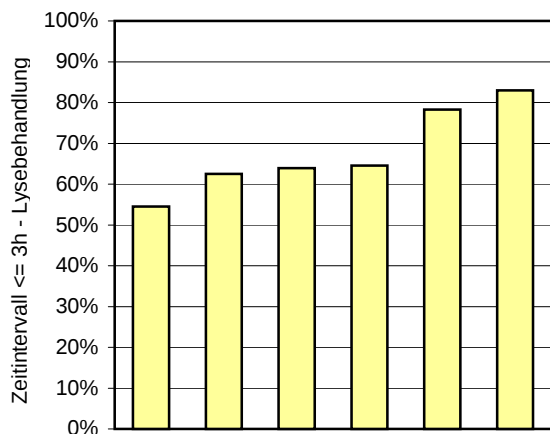
Vorjahresdaten	Gesamt 2012 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	113 / 181 62,4% 54,9% - 69,5%	15 / 98 15,3% 8,8% - 24,0%	124 / 222 55,9% 49,0% - 62,5%	4 / 57 7,0% 1,9% - 17,2%

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:

6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

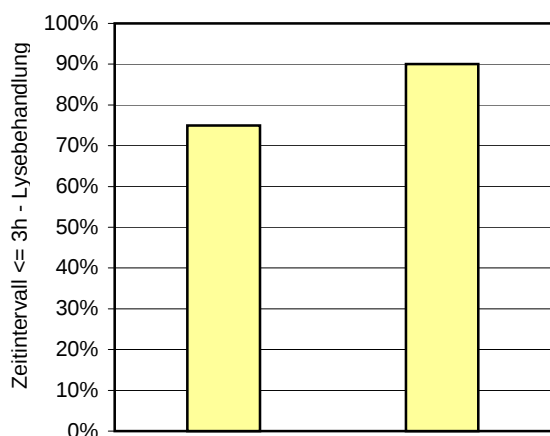


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	54,5	54,5	54,5	62,5	64,2	78,3	83,0	83,0	83,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	75,0	82,5	90,0	90,0	90,0	90,0

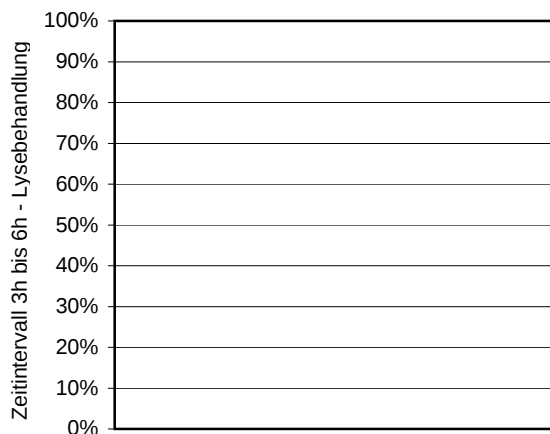
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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.

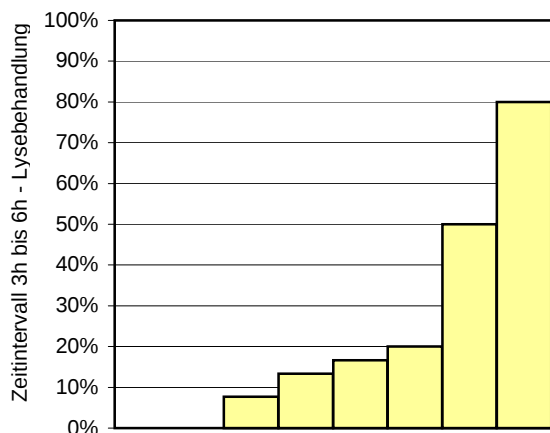


Abteilungen

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	3,8	15,0	35,0	80,0	80,0	80,0

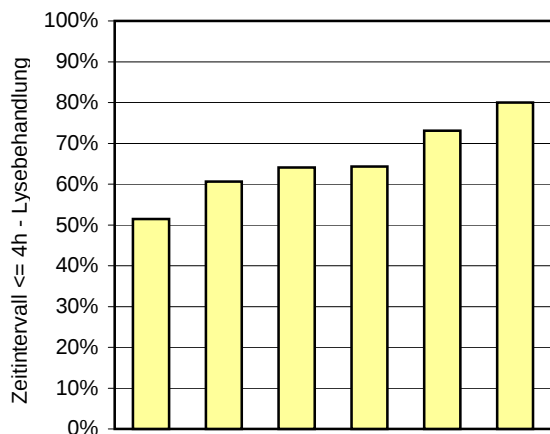
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

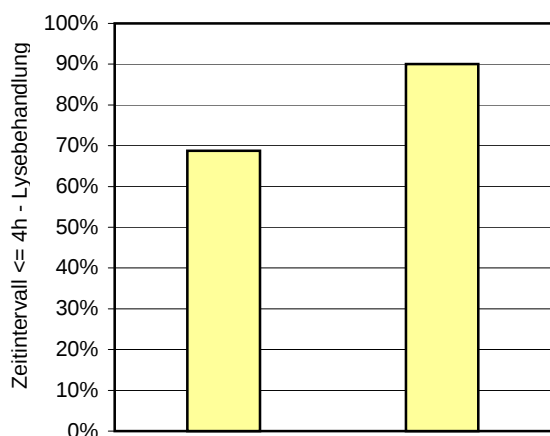


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	51,4	51,4	51,4	60,6	64,2	73,1	80,0	80,0	80,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,8	68,8	68,8	68,8	79,4	90,0	90,0	90,0	90,0

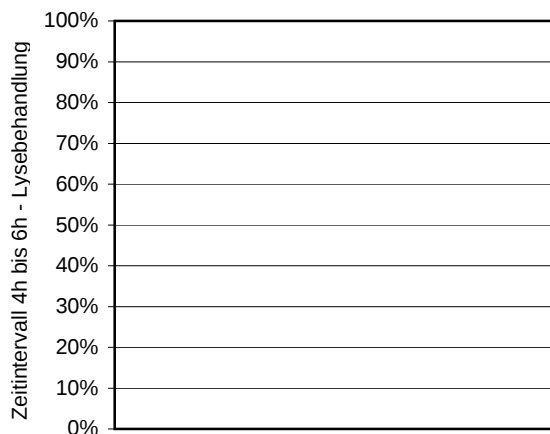
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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.

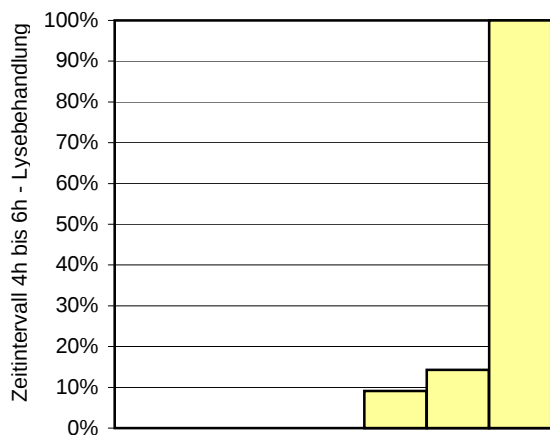


Abteilungen

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	100,0	100,0	100,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 4 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
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.	>= 20,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	>= 10,0%
		<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 20,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 4:	<= 30 Min.	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2013 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 20,0%	>= 10,0%	>= 20,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 70,0%	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert

	Abteilung 2013 II. 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 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	83 / 164 50,6%	5 / 17 29,4%	87 / 177 49,2%	1 / 4 25,0%
Vertrauensbereich	42,7% - 58,5%	10,3% - 56,0%	41,6% - 56,8%	
Referenzbereich	>= 20,0%	>= 10,0%	>= 20,0%	
<= 60 Minuten	151 / 164 92,1%	12 / 17 70,6%	161 / 177 91,0%	2 / 4 50,0%
Vertrauensbereich	86,8% - 95,7%	44,0% - 89,7%	85,7% - 94,8%	6,7% - 93,3%
Referenzbereich	>= 70,0%	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	68 / 164 41,5%	7 / 17 41,2%	74 / 177 41,8%	1 / 4 25,0%
> 1 - 2 Stunden	9 / 164 5,5%	3 / 17 17,6%	11 / 177 6,2%	1 / 4 25,0%
> 2 - 3 Stunden	4 / 164 2,4%	1 / 17 5,9%	5 / 177 2,8%	0 / 4 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 164 0,0%	0 / 17 0,0%	0 / 177 0,0%	0 / 4 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 164 0,0%	1 / 17 5,9%	0 / 177 0,0%	1 / 4 25,0%
> 6 Stunden	0 / 164 0,0%	0 / 17 0,0%	0 / 177 0,0%	0 / 4 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 164 0,0%	0 / 17 0,0%	0 / 177 0,0%	0 / 4 0,0%

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

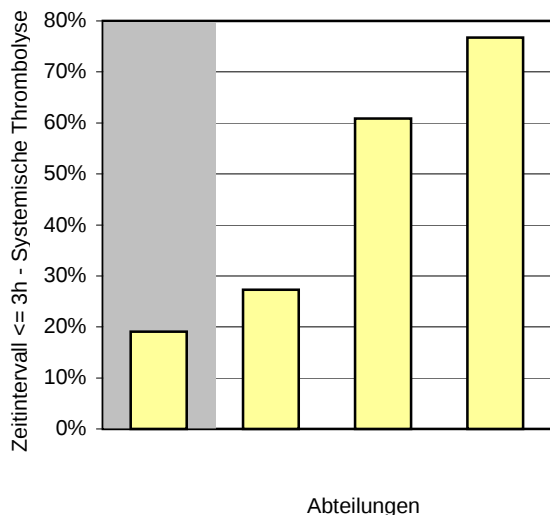
Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	41 / 136 30,1%	5 / 16 31,3%	44 / 148 29,7%	
Vertrauensbereich	22,6% - 38,6%	11,0% - 58,7%	22,5% - 37,8%	
<= 60 Minuten	112 / 136 82,4%	15 / 16 93,8%	124 / 148 83,8%	3 / 4 75,0%
Vertrauensbereich	74,9% - 88,4%	69,7% - 99,9%	76,8% - 89,3%	19,4% - 99,4%

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:

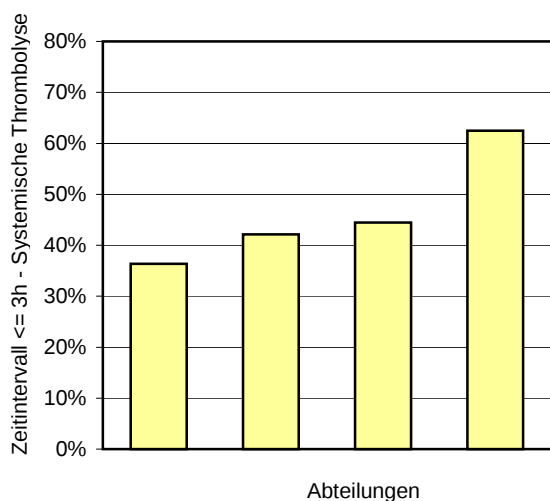
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	19,0	19,0	19,0	23,2	44,1	68,8	76,7	76,7	76,7

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
	36,4	36,4	36,4	39,2	43,3	53,5	62,5	62,5	62,5

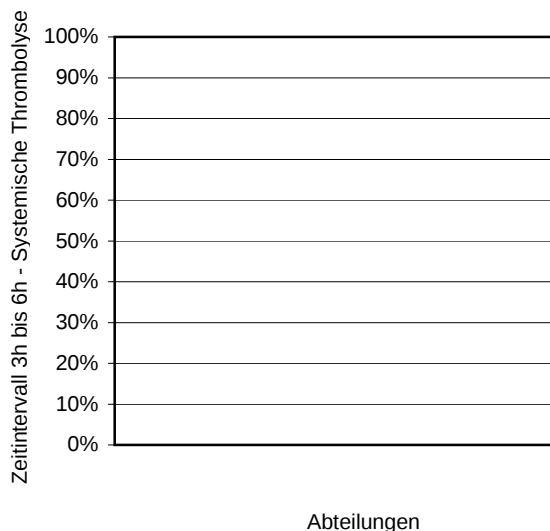
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 Thrombolyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

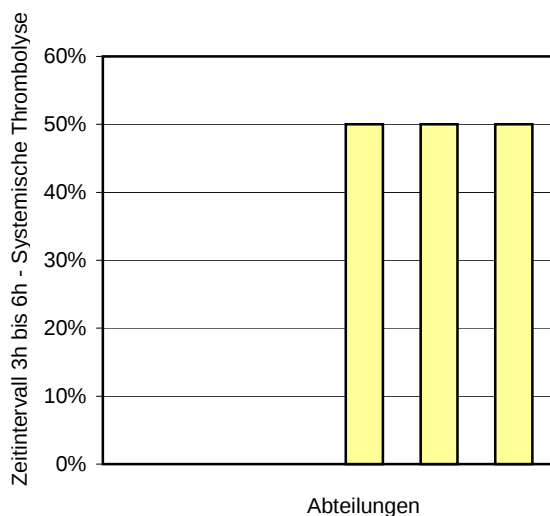
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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	25,0	50,0	50,0	50,0	50,0

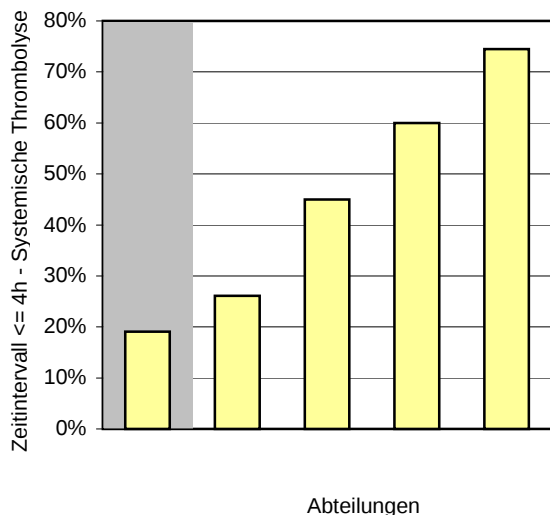
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 Thrombolysen (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

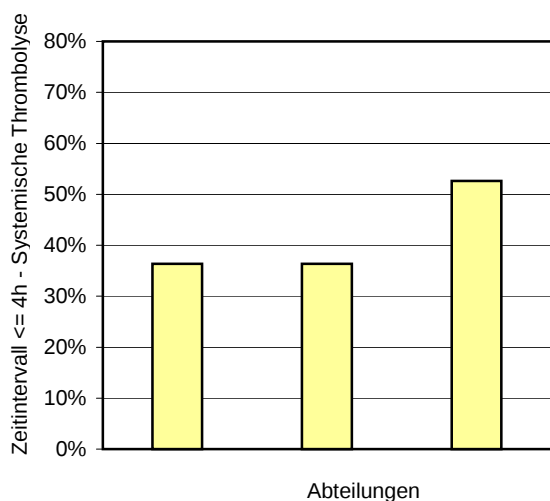
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	19,0	19,0	19,0	26,1	45,0	60,0	74,5	74,5	74,5

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
	36,4	36,4	36,4	36,4	36,4	52,6	52,6	52,6	52,6

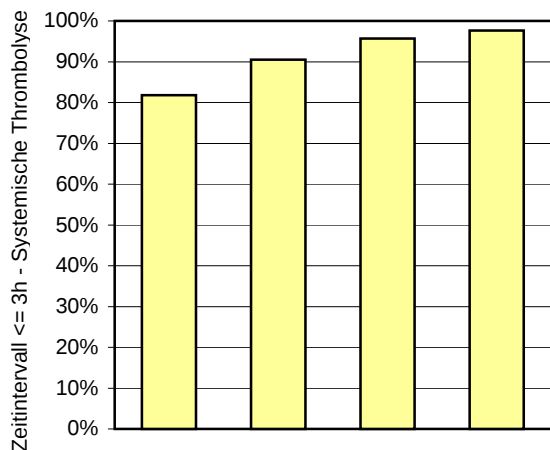
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

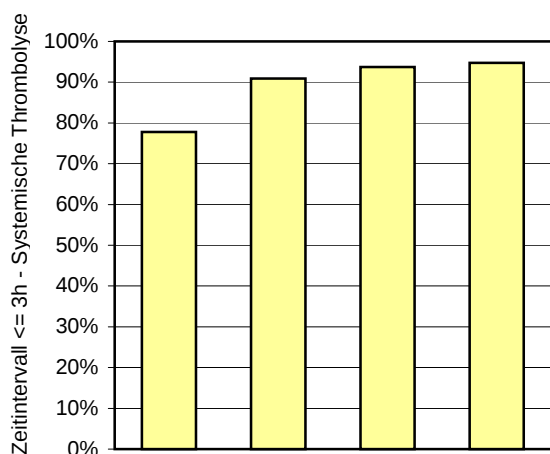


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,8	81,8	81,8	86,1	93,1	96,7	97,7	97,7	97,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,8	77,8	77,8	84,3	92,3	94,2	94,7	94,7	94,7

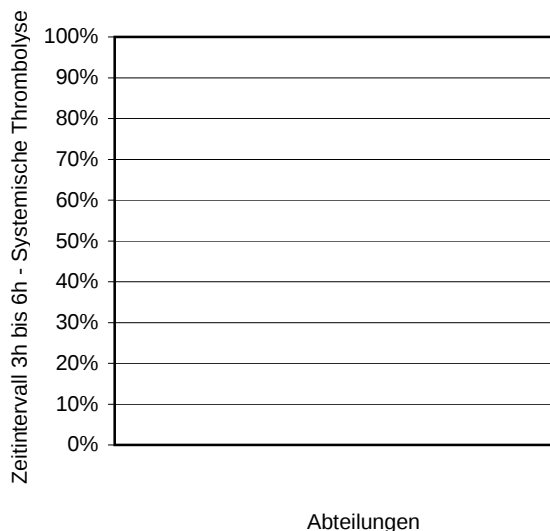
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15e, Indikator-ID 2013/apo_hh/83320]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse $\leq$ 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:

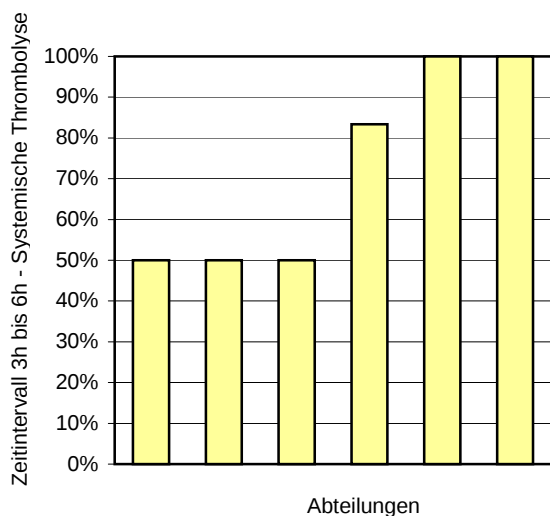
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0

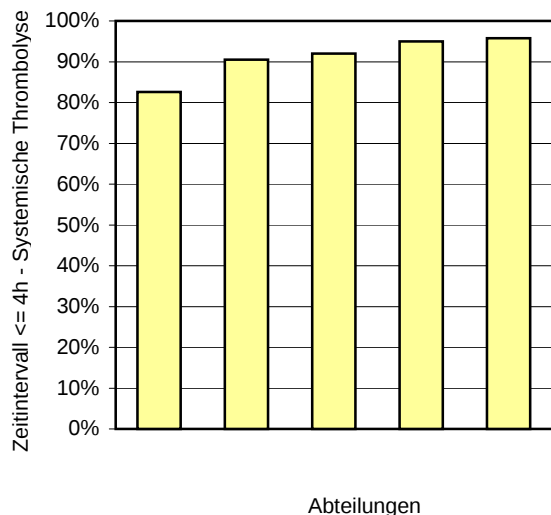
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

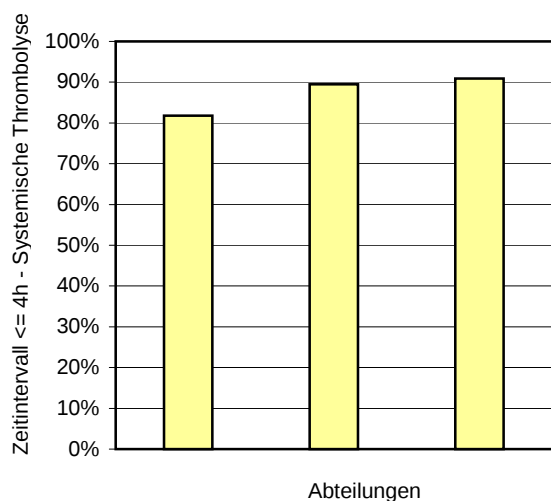
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,6	82,6	82,6	90,5	92,0	95,0	95,7	95,7	95,7

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
	81,8	81,8	81,8	81,8	89,5	90,9	90,9	90,9	90,9

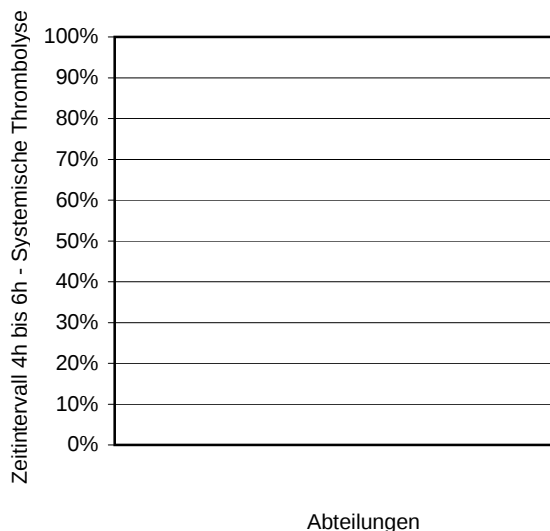
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

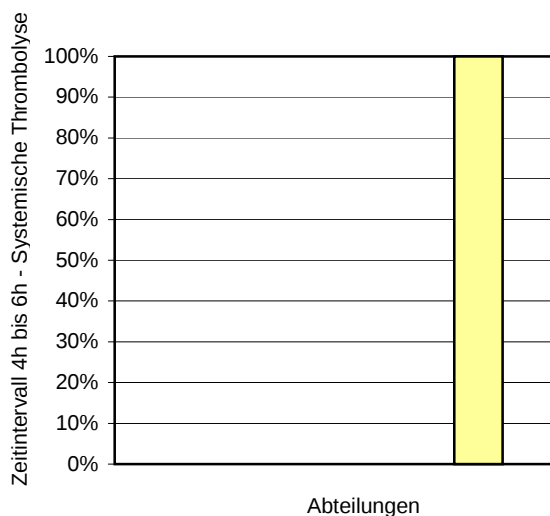
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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: $\geq 40,0\%$

	Abteilung 2013 II. Qu.	Gesamt 2013 II. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		982 / 1.826 53,8%
Vertrauensbereich		51,5% - 56,1%
Referenzbereich	$\geq 40,0\%$	$\geq 40,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2012 II. Qu.	Gesamt 2012 II. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.023 / 2.078 49,2%
Vertrauensbereich		47,1% - 51,4%

Abteilung 2013 II. 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 II. 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	250 13,7%	191 10,5%	121 6,6%	55 3,0%	20 1,1%	7 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	22 1,2%	98 5,4%	141 7,7%	85 4,7%	35 1,9%	7 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	6 0,3%	11 0,6%	87 4,8%	123 6,7%	31 1,7%	16 0,9%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	2 0,1%	9 0,5%	68 3,7%	74 4,1%	22 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	0 0,0%	3 0,2%	14 0,8%	72 3,9%	54 3,0%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	3 0,2%	8 0,4%	10 0,5%	106 5,8%
6 Tod	2 0,1%	0 0,0%	1 0,1%	1 0,1%	5 0,3%	63 3,5%
	Rankin bei Entlassung					

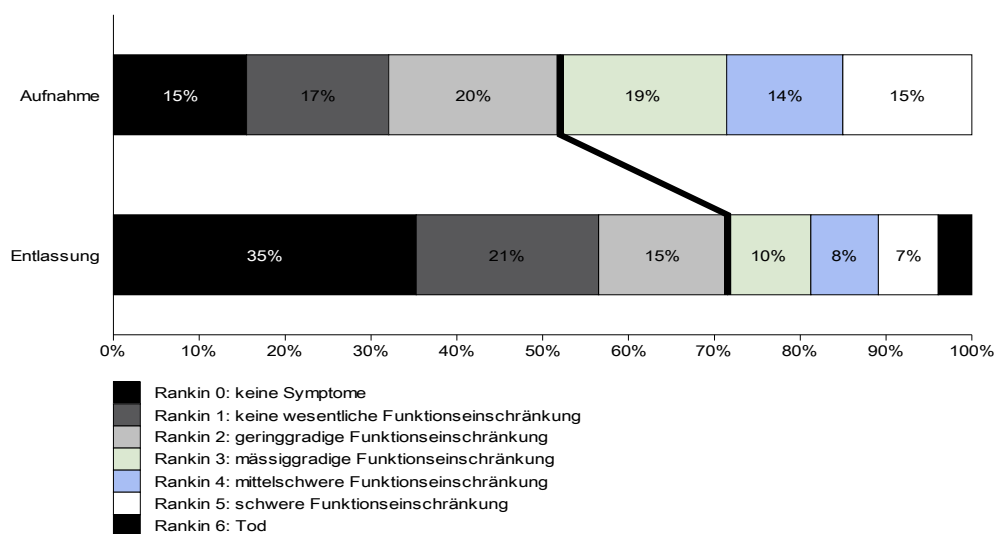
Vorjahresdaten
Abteilung 2012 II. Qu.

	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 II. 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	301 14,5%	189 9,1%	106 5,1%	48 2,3%	22 1,1%	8 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	25 1,2%	120 5,8%	149 7,2%	74 3,6%	31 1,5%	7 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	13 0,6%	109 5,2%	148 7,1%	35 1,7%	10 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	4 0,2%	12 0,6%	92 4,4%	106 5,1%	22 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	4 0,2%	2 0,1%	24 1,2%	76 3,7%	68 3,3%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	2 0,1%	6 0,3%	20 1,0%	128 6,2%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	1 0,0%	8 0,4%	8 0,4%	93 4,5%
	Rankin bei Entlassung					

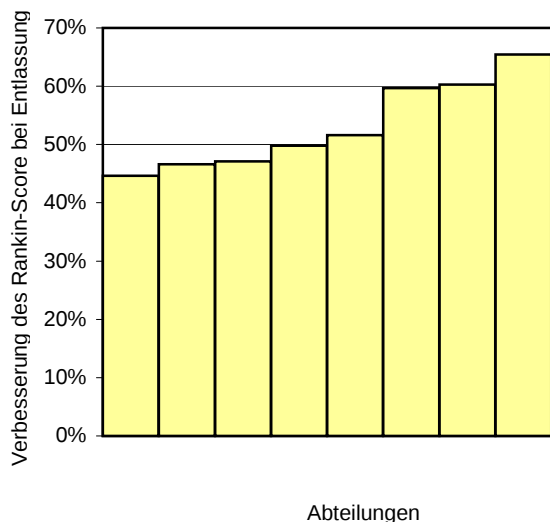
Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

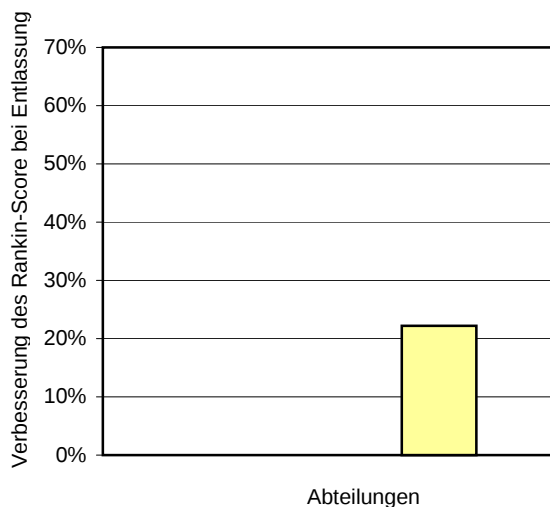
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Indikator-ID 2013/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung

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
	44,7	44,7	44,7	46,9	50,7	60,0	65,4	65,4	65,4

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	11,1	22,2	22,2	22,2	22,2

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			2.236	100,0	2.668	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.236		2.668	

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

Patienten

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.826		2.078	
Median				74,0		74,0
Geschlecht						
männlich			893	48,9	1.067	51,3
weiblich			933	51,1	1.011	48,7

Aufnahme

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.428	78,2	1.621	78,0
Sonnabend oder Sonntag			398	21,8	457	22,0
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			897	49,1	1.041	50,1
nein			912	49,9	1.007	48,5
nicht bestimmbar			17	0,9	30	1,4
Sprachstörung						
ja			469	25,7	493	23,7
nein			1.320	72,3	1.519	73,1
nicht bestimmbar			37	2,0	66	3,2
Sprechstörung						
ja			603	33,0	617	29,7
nein			1.164	63,7	1.357	65,3
nicht bestimmbar			59	3,2	104	5,0
Schluckstörung						
ja			316	17,3	357	17,2
nein			1.383	75,7	1.615	77,7
nicht bestimmbar			127	7,0	106	5,1
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.670	91,5	1.884	90,7
somnolent-stuporös			125	6,8	144	6,9
komatös			31	1,7	50	2,4
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			170	9,3	168	8,1
> 1 - <= 2 Stunden			265	14,5	252	12,1
> 2 - <= 3 Stunden			208	11,4	219	10,5
> 3 - <= 3,5 Stunden			62	3,4	99	4,8
> 3,5 - <= 4 Stunden			53	2,9	90	4,3
> 4 - <= 6 Stunden			170	9,3	252	12,1
> 6 - <= 24 Stunden			358	19,6	407	19,6
> 24 - <= 48 Stunden			109	6,0	168	8,1
> 48 Stunden			243	13,3	236	11,4
unbekannt			115	6,3	115	5,5
wake up stroke			73	4,0	72	3,5

Diagnostik

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.733	94,9	1.967	94,7
Bildgebung-MRT nach Ereignis			1.118	61,2	1.268	61,0
Frische Läsion in der Bildgebung			1.024	56,1	1.172	56,4
Schlucktest nach Protokoll			1.547	84,7	1.688	81,2
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			240	13,1	255	12,3
>= 1 - 24 Stunden			438	24,0	485	23,3
> 24 Stunden			1.148	62,9	1.338	64,4
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.746	95,6	1.926	92,7
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.742	95,4	1.899	91,4
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			367	20,1	442	21,3
früherer Schlaganfall			478	26,2	610	29,4
Vorhofflimmern			470	25,7	514	24,7
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.608		1.781	
Pneumonie			100		138	
erhöhter Hirndruck			44		62	
andere Komplikationen			119		164	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.145	62,7	1.246	60,0
TIA			583	31,9	687	33,1
ICB			98	5,4	145	7,0
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			301	16,5	363	17,5
gelegentlicher Verlust			167	9,1	232	11,2
kontinent			1.358	74,4	1.483	71,4
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			324	17,7	426	20,5
grosse Unterstützung			207	11,3	229	11,0
geringe Unterstützung			316	17,3	274	13,2
vollständig selbstständig			979	53,6	1.149	55,3
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			367	20,1	467	22,5
grosse Unterstützung			233	12,8	262	12,6
geringe Unterstützung			341	18,7	352	16,9
vollständig selbstständig			885	48,5	997	48,0
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			208	11,4	253	12,2
gelegentlicher Verlust			163	8,9	202	9,7
kontinent			1.383	75,7	1.513	72,8
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			167	9,1	207	10,0
grosse Unterstützung			123	6,7	139	6,7
geringe Unterstützung			180	9,9	204	9,8
vollständig selbstständig			1.284	70,3	1.418	68,2
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			196	10,7	242	11,6
grosse Unterstützung			143	7,8	175	8,4
geringe Unterstützung			221	12,1	246	11,8
vollständig selbstständig			1.194	65,4	1.305	62,8

Rankin Skala

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			283	15,5	333	16,0
Rankin 1			302	16,5	330	15,9
Rankin 2			365	20,0	381	18,3
Rankin 3			354	19,4	400	19,2
Rankin 4			247	13,5	298	14,3
Rankin 5			275	15,1	336	16,2
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			644	35,3	674	32,4
Rankin 1			388	21,2	406	19,5
Rankin 2			274	15,0	319	15,4
Rankin 3			177	9,7	238	11,5
Rankin 4			144	7,9	175	8,4
Rankin 5			127	7,0	156	7,5
Tod			72	3,9	110	5,3

Rehabilitation

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.359	74,4	1.367	65,8
> Tag 2 nach Aufnahme			34	1,9	71	3,4
keine			433	23,7	640	30,8
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.670	91,5	1.866	89,8
> Tag 2 nach Aufnahme			78	4,3	76	3,7
keine			78	4,3	136	6,5
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.541	84,4	1.714	82,5
> Tag 2 nach Aufnahme			60	3,3	68	3,3
keine			225	12,3	296	14,2

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			398	21,8	430	20,7
Beatmung			62	3,4	71	3,4
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.437	78,7	1.641	79,0
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.355	74,2	1.562	75,2
Thromboseprophylaxe			1.661	91,0	1.945	93,6

Entlassung

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			1.800	98,6	2.052	98,7
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.569	85,9	1.670	80,4
Entlassungsart						
verstorben			72	3,9	110	5,3
nach Hause			1.068	58,5	1.188	57,2
Pflegeeinrichtung/Heim			121	6,6	165	7,9
andere Abteilung			72	3,9	75	3,6
externe (Akut)Klinik			37	2,0	27	1,3
Reha-Klinik			456	25,0	513	24,7
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.826	100,0	2.078	100,0
Mittelwert				7,7		9,0
Median				6,0		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			202	11,1	178	8,6
Lyse i.a.			31	1,7	28	1,3
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			96	5,3	56	2,7
> 30 - <= 60 Minuten			84	4,6	97	4,7
> 1 - <= 2 Stunden			18	1,0	21	1,0
> 2 - <= 3 Stunden			5	0,3	9	0,4
> 3 - <= 4 Stunden			1	0,1	0	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			2	0,1	0	0,0
> 6 Stunden			1	0,1	0	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.619	88,7	1.895	91,2
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			842	46,1	851	41,0
> 30 - <= 60 Minuten			536	29,4	706	34,0
> 1 - <= 3 Stunden			292	16,0	339	16,3
> 3 - <= 6 Stunden			55	3,0	83	4,0
> 6 Stunden			43	2,4	44	2,1
1. Bildgebung vor Aufnahme			58	3,2	53	2,6
keine Bildgebung erfolgt			0	0,0	2	0,1
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			981	53,7	1.096	52,7
3 - 8 (mittel)			502	27,5	583	28,1
9 - 20 (schwerwiegend)			268	14,7	281	13,5
> 20 (sehr schwerwiegend)			59	3,2	89	4,3
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2012 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			1.129	61,8	1.281	61,6
Hypercholesterinämie			736	40,3	909	43,7
keine Angabe			387	21,2	501	24,1
Sekundärprophylaxe						
Statine			917	50,2	1.015	48,8
Antihypertensiva			1.066	58,4	1.215	58,5
Antidiabetika			243	13,3	298	14,3
keine Angabe			444	24,3	536	25,8
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.206	66,0	1.268	61,0
Pflege zu Hause			118	6,5	166	8,0
Pflege in Institution			144	7,9	139	6,7
keine Angabe			358	19,6	505	24,3

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

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

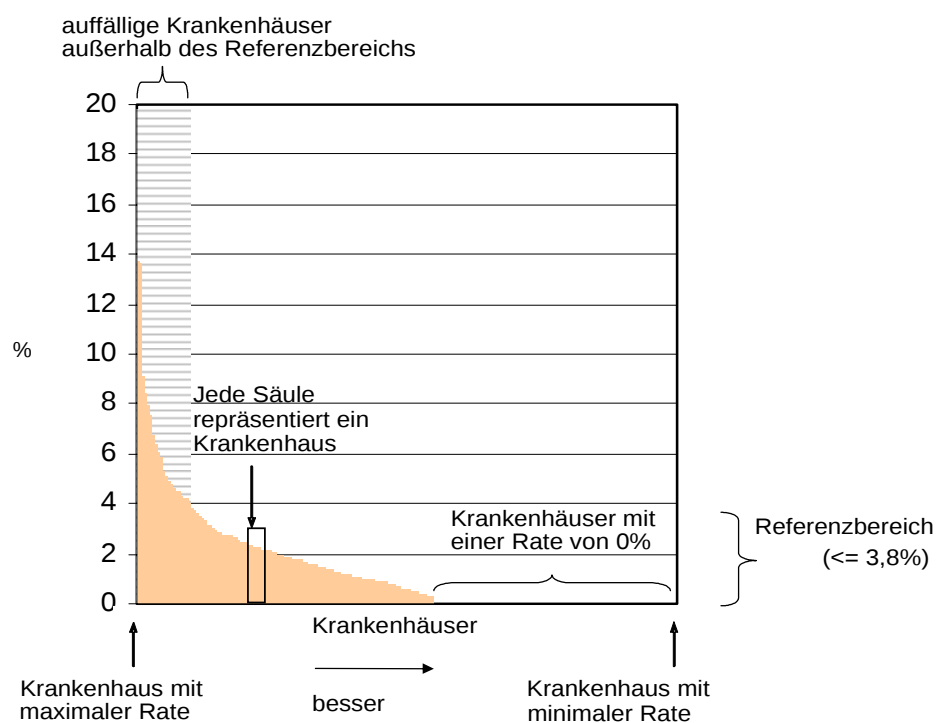
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

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

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
Standort Hamburg
Wendenstraße 309
D-20537 Hamburg