

Auswertung 1. Quartal 2016 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 12
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.338
Datensatzversion: apo_hh 2016 2.0
Datenbankstand: 28. April 2016
2016 - D16264-L101201-P48338

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 2016 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 2015 im I. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2016/apo_hh/83254 QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			87,8%	>= 60,0%	8
2016/apo_hh/83284 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			91,3%	>= 80,0%	10
2016/apo_hh/83285 QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			90,6%	>= 75,0%	12
2016/apo_hh/83286 QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,5%	>= 90,0%	14
2016/apo_hh/83287 QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,5%	>= 90,0%	16
2016/apo_hh/83288 QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			88,1%	>= 70,0%	18
2016/apo_hh/83290 QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			92,4%	>= 75,0%	20

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2016/apo_hh/83291 QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,8%	>= 95,0%	22
2016/apo_hh/83292 QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			98,4%	>= 90,0%	24
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2016/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	26
2016/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			2,4%	<= 4,0%	26
2016/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			17,8%	<= 25,0%	26
2016/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			91,6%	>= 75,0%	31
2016/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			34,4%	nicht definiert	33

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
2016/apo_hh/98323 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			75,7%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/98326 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			62,3%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/103490 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			74,0%	>= 55,0%	35
2016/apo_hh/83303 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			91,3%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/83307 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			82,4%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/103491 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			90,6%	>= 70,0%	35
2016/apo_hh/103499 > 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			80,4%	nicht definiert	35

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyse					
2016/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h,					
NIHSS >= 4 und <= 25					
			75,9%	nicht definiert	46
2016/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h,					
NIHSS >= 4 und <= 25					
			40,8%	nicht definiert	46
2016/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h,					
NIHSS >= 4 und <= 25					
			73,6%	>= 40,0%	46
2016/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h,					
NIHSS >= 4 und <= 25					
			31,3%	nicht definiert	46

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 15: Systemische Thrombolyse					
door-to-needle-time					
2016/apo_hh/83314 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			57,8%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83321 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			60,6%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			58,1%	>= 25,0%	52
2016/apo_hh/83313 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			95,6%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83320 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			90,9%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/103509 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			95,5%	>= 75,0%	52
2016/apo_hh/103518 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			86,7%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83372 QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			51,3%	>= 45,0%	63

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: 2016/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 60,0%

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.663 / 1.893	87,8%
Vertrauensbereich				86,3% - 89,3%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%

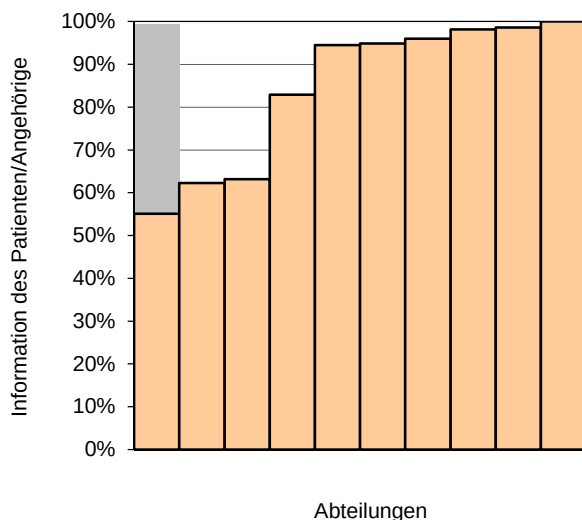
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.986 / 2.292	86,6%
Vertrauensbereich				85,2% - 88,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2016/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:

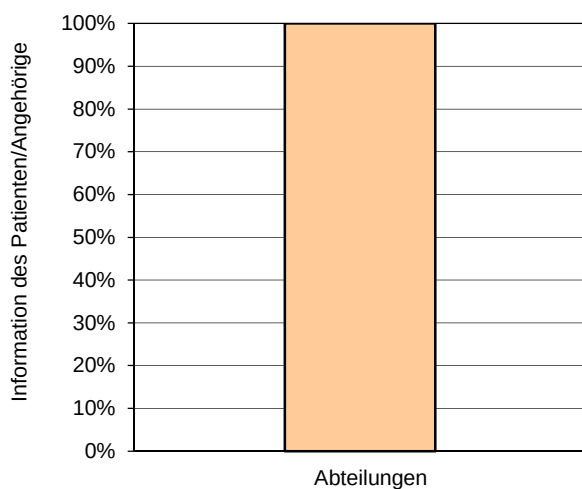
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,1	55,1	58,7	63,2	94,7	98,1	99,3	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	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: 2016/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			597 / 654	91,3%
Vertrauensbereich				88,9% - 93,3%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

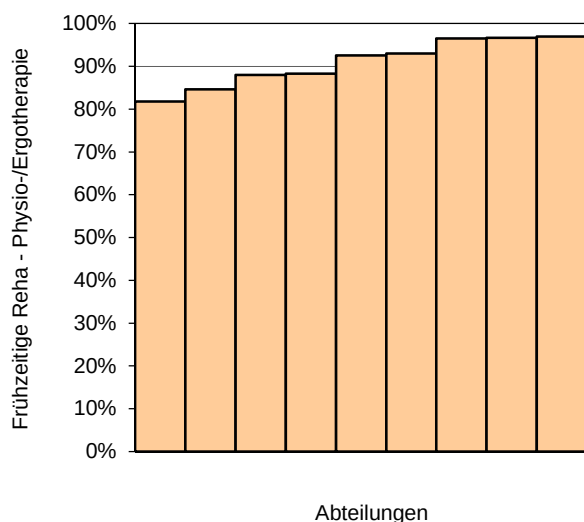
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			692 / 758	91,3%
Vertrauensbereich				89,1% - 93,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2016/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:

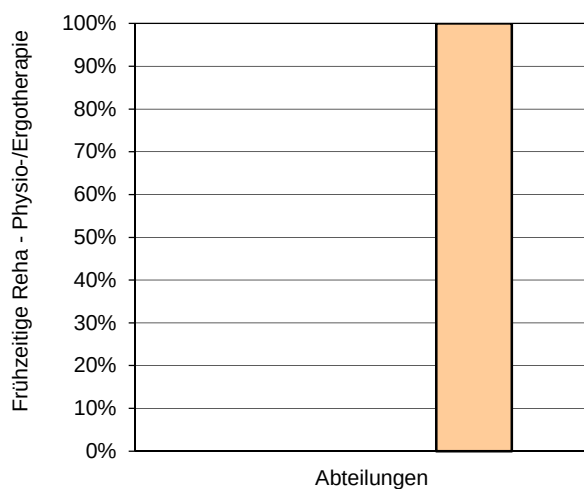
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,8	81,8	81,8	88,0	92,6	96,6	97,0	97,0	97,0

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
	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

Qualitätsziel: Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall <= Tag 2 nach Aufnahme durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA)

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			688 / 759	90,6%
Vertrauensbereich				88,3% - 92,6%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

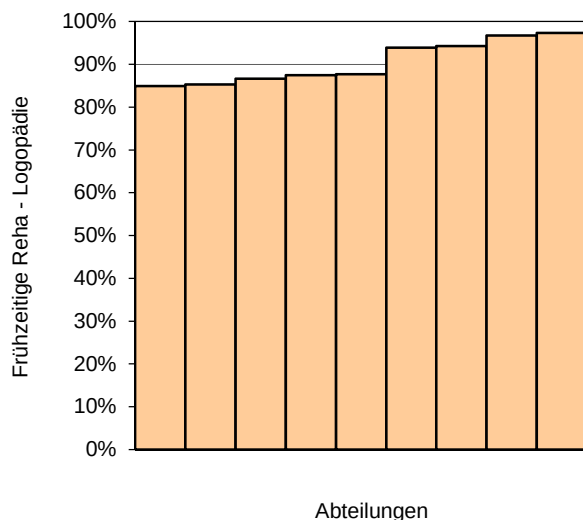
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			795 / 886	89,7%
Vertrauensbereich				87,5% - 91,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2016/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:

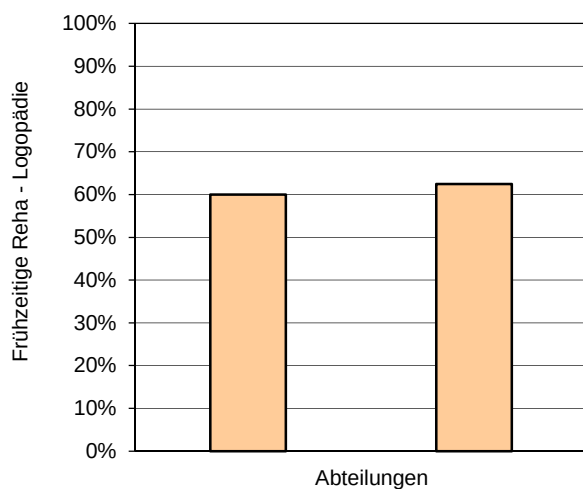
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,9	84,9	84,9	86,7	87,7	94,3	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.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	60,0	60,0	60,0	61,3	62,5	62,5	62,5	62,5

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: 2016/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten-aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			945 / 979	96,5%
Vertrauensbereich				95,2% - 97,6%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

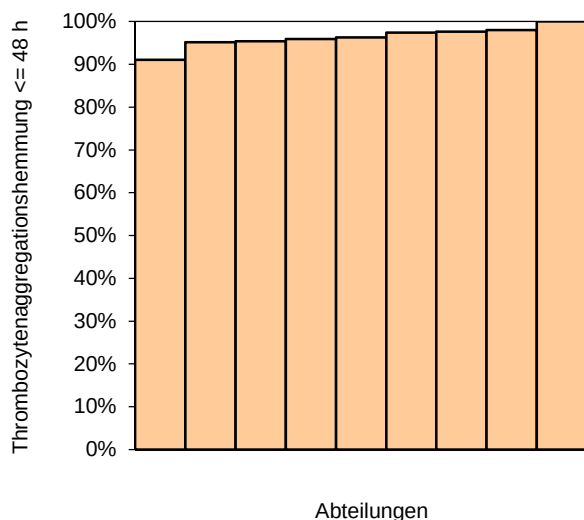
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten-aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.228 / 1.269	96,8%
Vertrauensbereich				95,6% - 97,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2016/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:

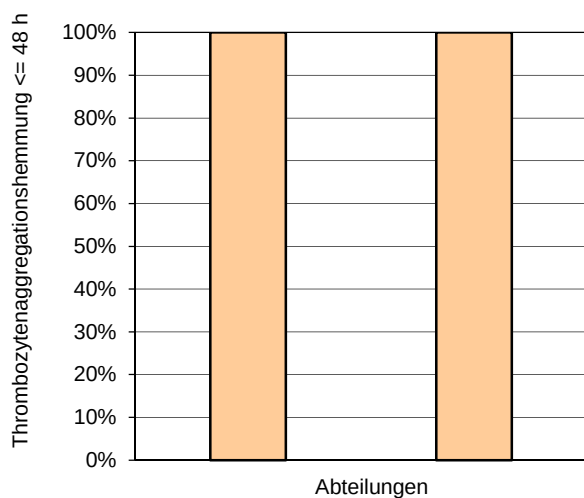
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,0	91,0	91,0	95,4	96,3	97,6	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

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: 2016/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.290 / 1.365	94,5%
Vertrauensbereich				93,2% - 95,7%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

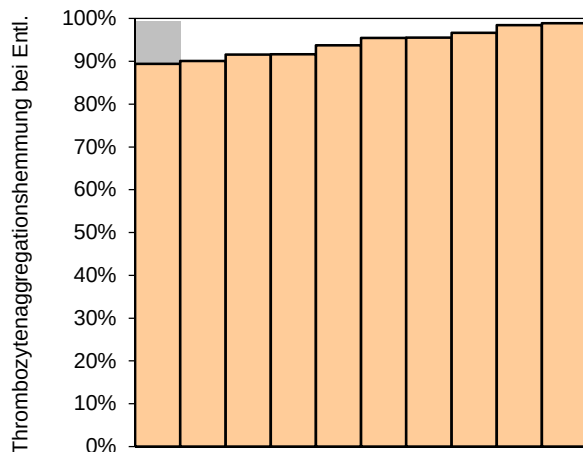
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.581 / 1.681	94,1%
Vertrauensbereich				92,8% - 95,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2016/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:

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

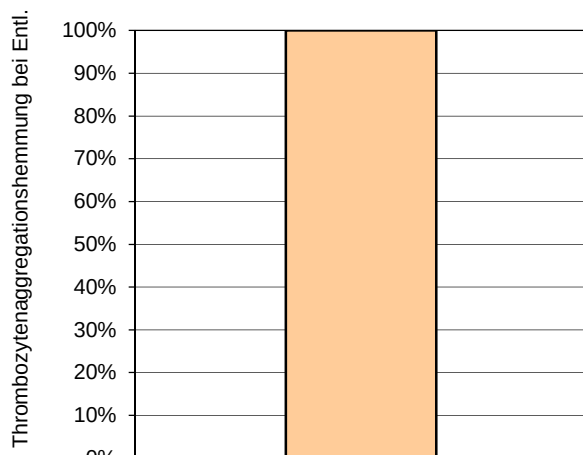


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,4	89,4	89,7	91,6	94,6	96,7	98,7	98,9	98,9

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.

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: 2016/apo_hh/83288

Referenzbereich: $\geq 70,0\%$

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			252 / 286	88,1%
Vertrauensbereich				83,8% - 91,6%
Referenzbereich		$\geq 70,0\%$		$\geq 70,0\%$

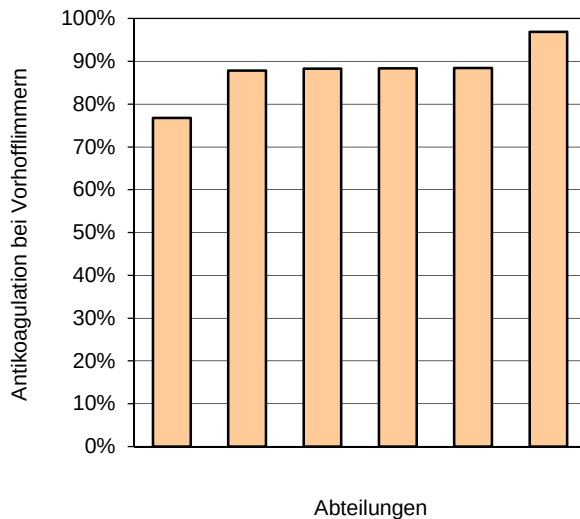
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			311 / 351	88,6%
Vertrauensbereich				84,8% - 91,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2016/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:

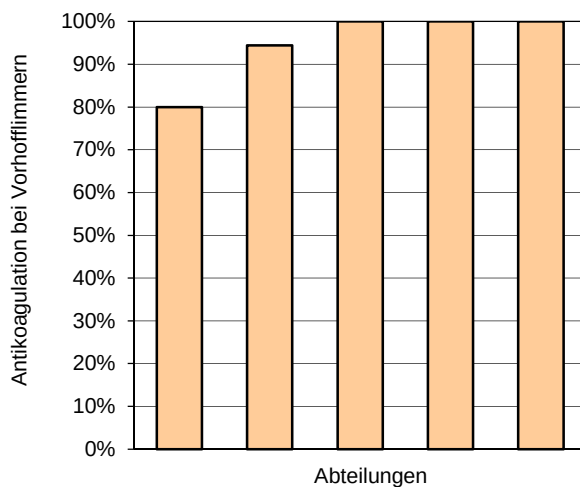
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,7	76,7	76,7	87,9	88,4	88,5	96,9	96,9	96,9

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
	80,0	80,0	80,0	94,4	100,0	100,0	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:	2016/apo_hh/83290
Referenzbereich:	>= 75,0%

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			881 / 953	92,4%
Vertrauensbereich				90,6% - 94,0%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

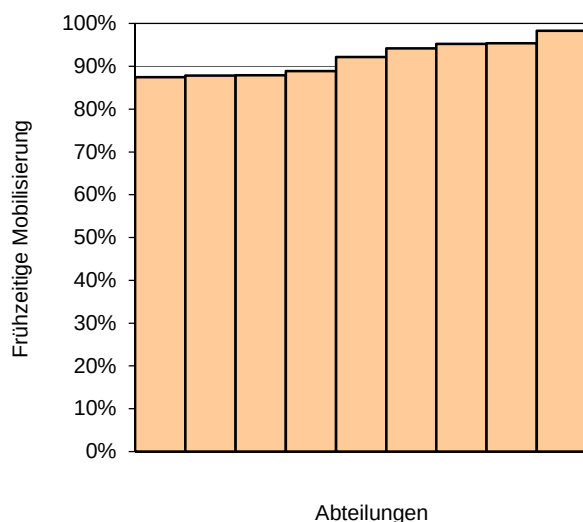
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			950 / 1.089	87,2%
Vertrauensbereich				85,1% - 89,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2016/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:

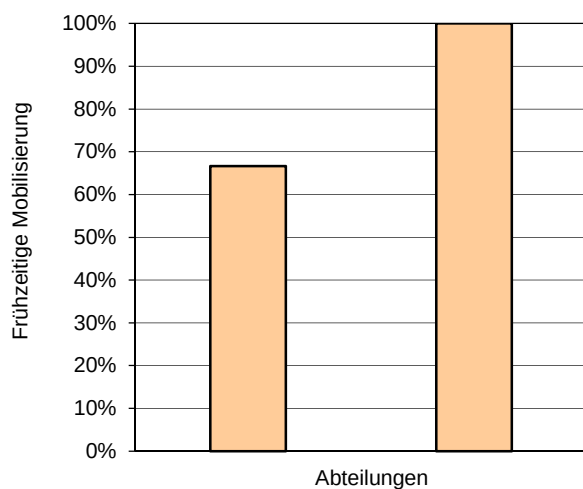
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,5	87,5	87,5	87,9	92,2	95,3	98,3	98,3	98,3

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
	66,7	66,7	66,7	66,7	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0

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: 2016/apo_hh/83291

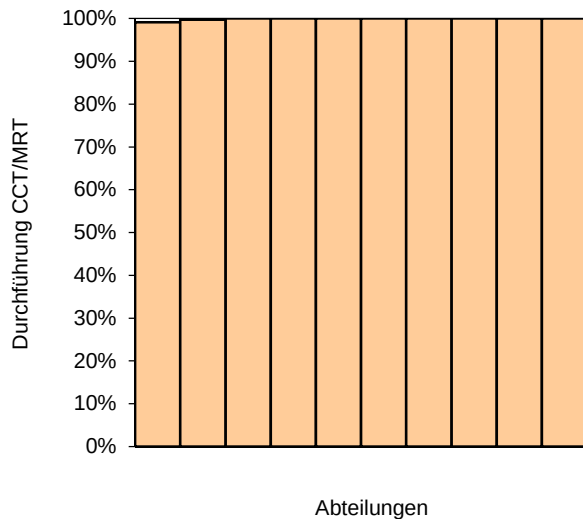
Referenzbereich: $\geq 95,0\%$

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.970 / 1.973	99,8%
Vertrauensbereich				99,6% - 100,0%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.402 / 2.408	99,8%
Vertrauensbereich				99,5% - 99,9%

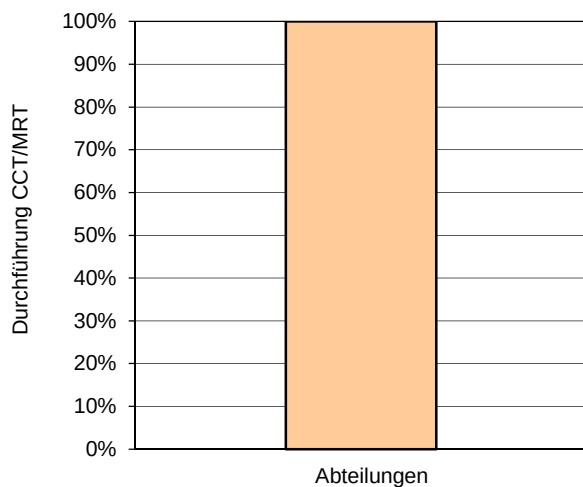
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2016/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	99,1	99,1	99,4	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
	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 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:	2016/apo_hh/83292
Referenzbereich:	>= 90,0%

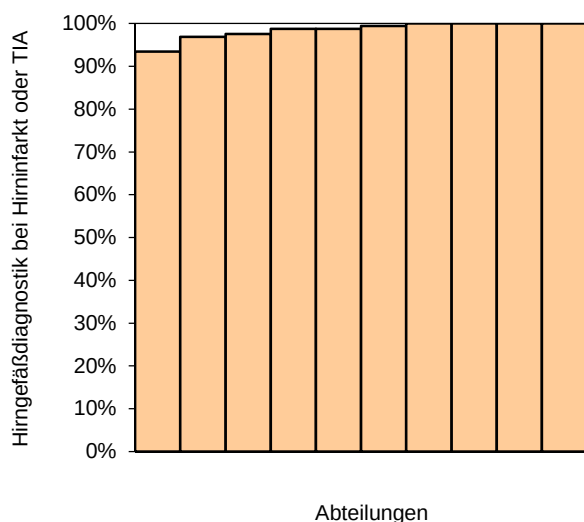
	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.826 / 1.855	98,4%
Vertrauensbereich				97,8% - 99,0%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			2.194 / 2.248	97,6%
Vertrauensbereich				96,9% - 98,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2016/apo_hh/83292]:
Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

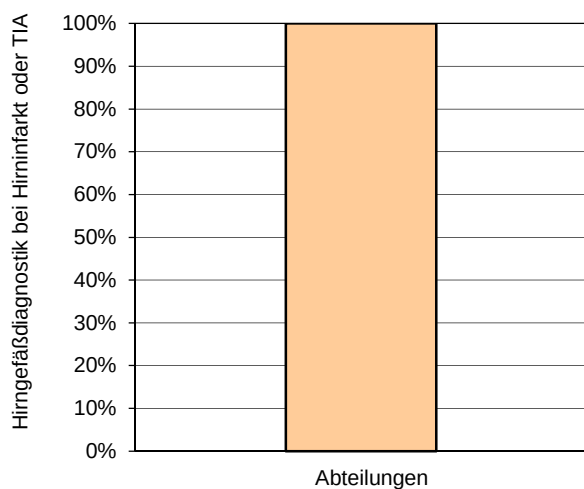
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,4	93,4	95,2	97,6	99,1	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
	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 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:	2016/apo_hh/83293
Gruppe 2:	2016/apo_hh/83385
Gruppe 3:	2016/apo_hh/83386

Referenzbereich:

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

Abteilung 2016 I. Quartal			
	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 2016 I. Quartal			
	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 / 584 0,0%	30 / 1.271 2,4%	21 / 118 17,8%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,6%	1,6% - 3,4%	11,3% - 25,9%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

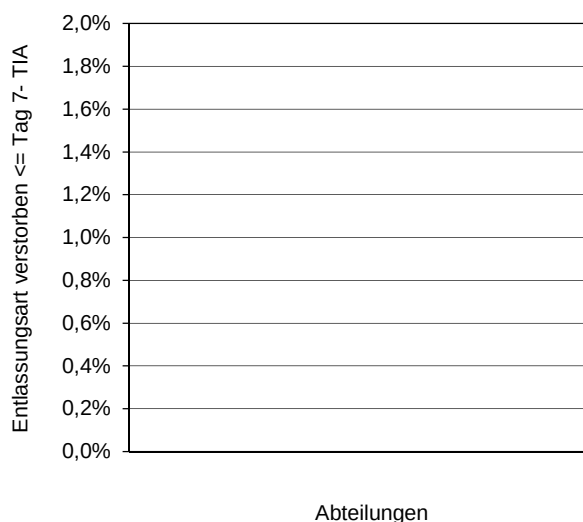
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2015 I. Quartal		
	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 / 794 0,0% 0,0% - 0,5%	54 / 1.454 3,7% 2,8% - 4,8%	31 / 160 19,4% 13,5% - 26,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2016/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

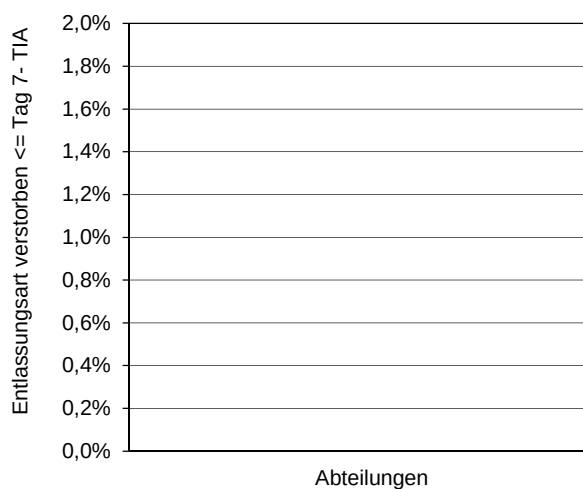
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

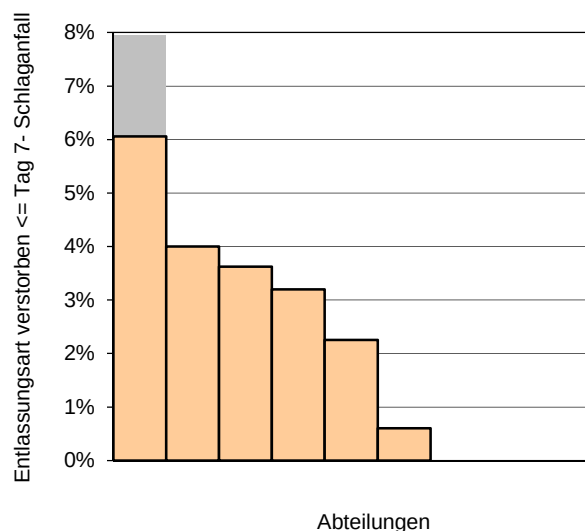


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

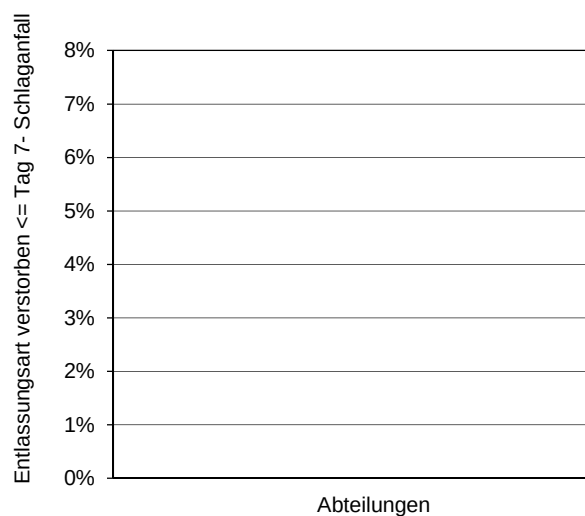
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2016/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	3,6	6,1	6,1	6,1

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



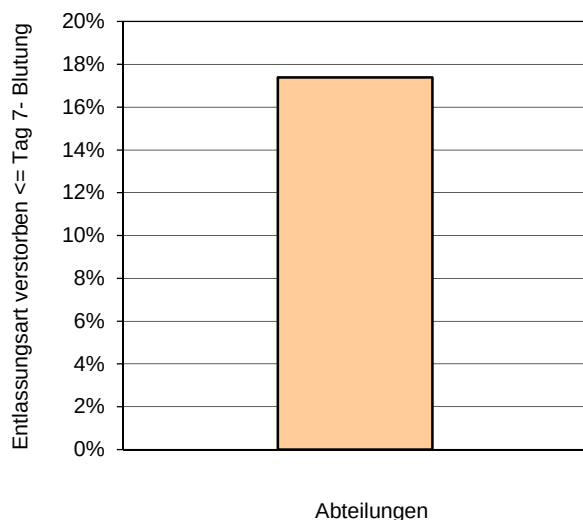
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Indikator-ID 2016/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

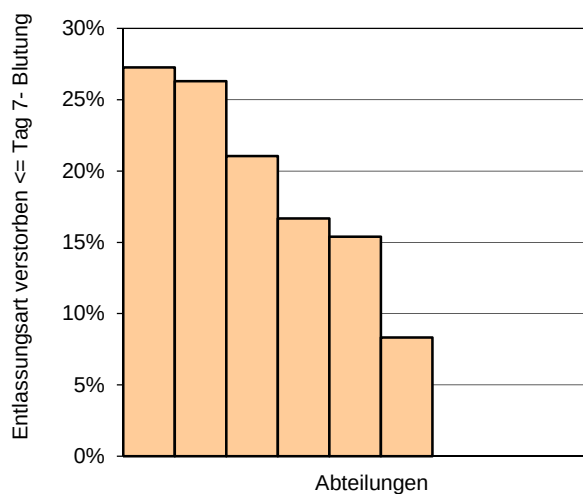
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4

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	15,4	21,1	27,3	27,3	27,3

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: 2016/apo_hh/83294

Referenzbereich: $\geq 75,0\%$

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.086 / 1.185	91,6%
Vertrauensbereich				89,9% - 93,2%
Referenzbereich		$\geq 75,0\%$		$\geq 75,0\%$

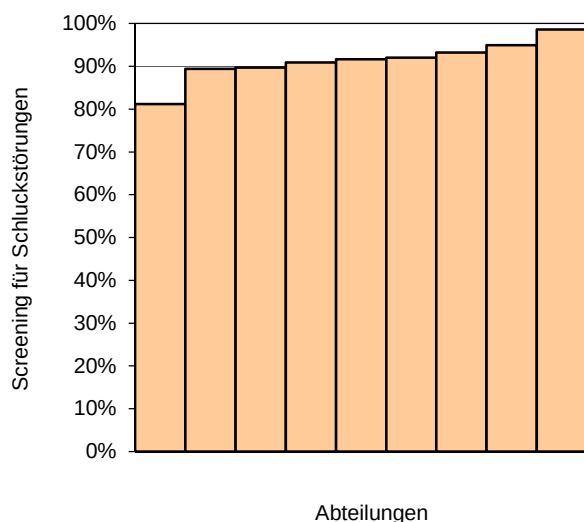
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.194 / 1.317	90,7%
Vertrauensbereich				89,0% - 92,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2016/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:

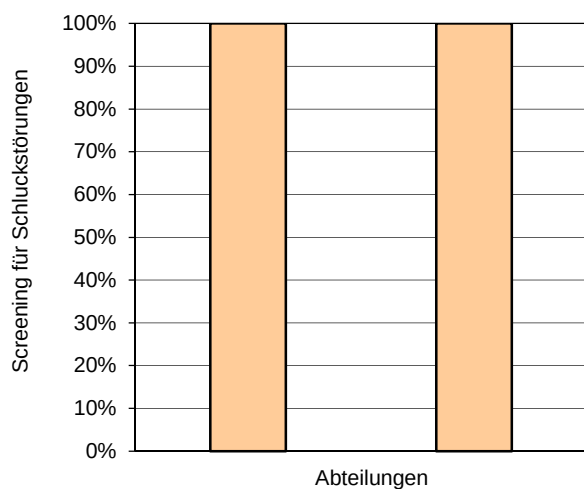
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,2	81,2	81,2	89,7	91,7	93,2	98,6	98,6	98,6

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
	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 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: 2016/apo_hh/83295

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

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			217 / 1.973	11,0%
> 1 - <= 2 Stunden			289 / 1.973	14,6%
> 2 - <= 3 Stunden			173 / 1.973	8,8%
> 3 - <= 3,5 Stunden			68 / 1.973	3,4%
> 3,5 - <= 4 Stunden			43 / 1.973	2,2%
> 4 - <= 6 Stunden			157 / 1.973	8,0%
> 6 - <= 24 Stunden			314 / 1.973	15,9%
> 24 - <= 48 Stunden			157 / 1.973	8,0%
> 48 Stunden			258 / 1.973	13,1%
wake up stroke			141 / 1.973	7,1%
unbekannt			156 / 1.973	7,9%
<= 3 Stunden			679 / 1.973	34,4%
Vertrauensbereich				32,3% - 36,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

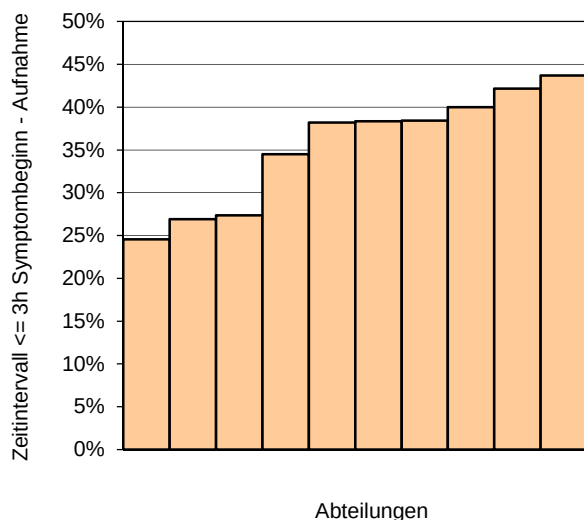
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			799 / 2.408	33,2%
Vertrauensbereich				31,3% - 35,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2016/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:

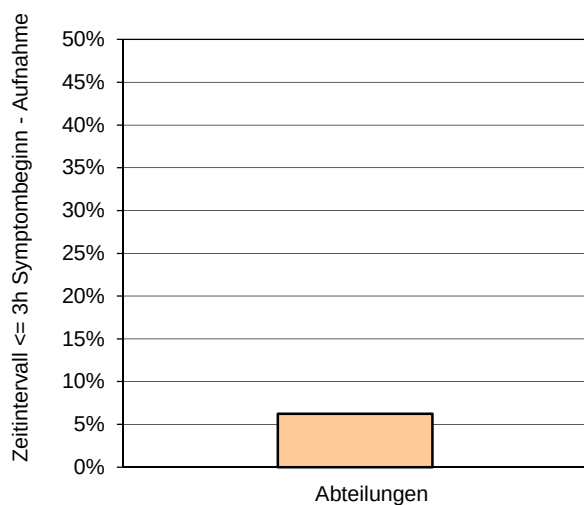
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,6	24,6	25,7	27,4	38,3	40,0	42,9	43,7	43,7

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
	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3

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 und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	2016/apo_hh/98323
		<= 60 Min.	2016/apo_hh/83303
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2016/apo_hh/98326
		<= 60 Min.	2016/apo_hh/83307
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2016/apo_hh/103490
		<= 60 Min.	2016/apo_hh/103491
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	2016/apo_hh/103499
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
		<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
		<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 55,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2016 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 55,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert

	Abteilung 2016 I. Quartal			
	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 2016 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	314 / 415 75,7%	99 / 159 62,3%	353 / 477 74,0%	60 / 97 61,9%
Vertrauensbereich	71,2% - 79,7%	54,2% - 69,8%	69,8% - 77,9%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 55,0%	
<= 60 Minuten	379 / 415 91,3%	131 / 159 82,4%	432 / 477 90,6%	78 / 97 80,4%
Vertrauensbereich	88,2% - 93,9%	75,5% - 88,0%	87,6% - 93,0%	71,1% - 87,8%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	65 / 415 15,7%	32 / 159 20,1%	79 / 477 16,6%	18 / 97 18,6%
> 1 bis 3 Stunden	27 / 415 6,5%	18 / 159 11,3%	33 / 477 6,9%	12 / 97 12,4%
> 3 bis 6 Stunden	6 / 415 1,4%	6 / 159 3,8%	7 / 477 1,5%	5 / 97 5,2%
> 6 Stunden	3 / 415 0,7%	4 / 159 2,5%	5 / 477 1,0%	2 / 97 2,1%
1. Bildgebung vor Aufnahme	7 / 422 1,7%	7 / 166 4,2%	9 / 486 1,9%	5 / 102 4,9%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 415 0,0%	0 / 159 0,0%	0 / 477 0,0%	0 / 97 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

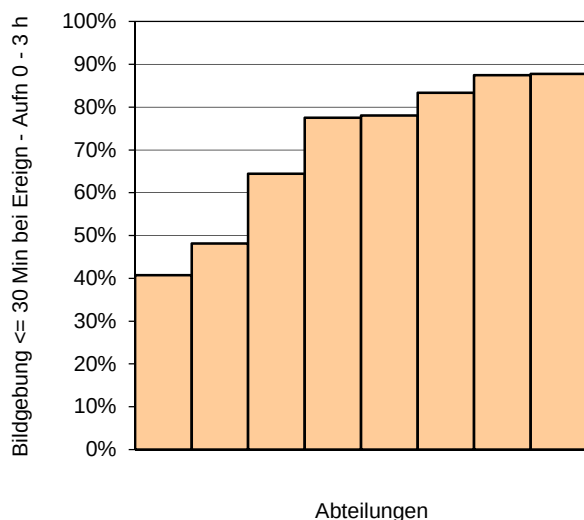
Vorjahresdaten	Gesamt 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	375 / 490 76,5%	111 / 167 66,5%	427 / 564 75,7%	
Vertrauensbereich	72,5% - 80,2%	58,7% - 73,6%	71,9% - 79,2%	
<= 60 Minuten	445 / 490 90,8%	143 / 167 85,6%	512 / 564 90,8%	76 / 93 81,7%
Vertrauensbereich	87,9% - 93,2%	79,4% - 90,6%	88,1% - 93,0%	72,3% - 89,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Indikator-ID 2016/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 und 1. Bildgebung vor Aufnahme)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

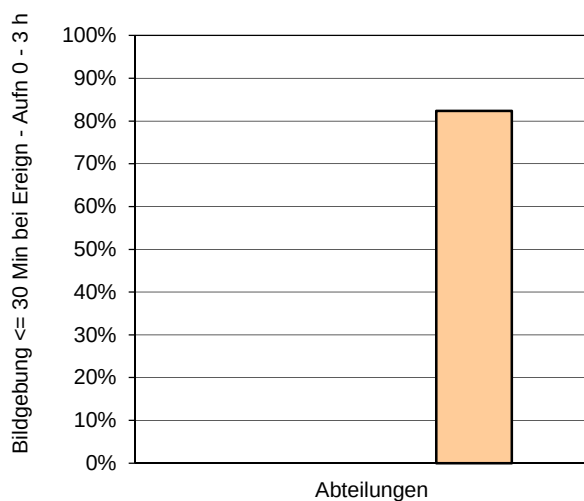
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,7	40,7	40,7	56,3	77,8	85,4	87,8	87,8	87,8

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	41,2	82,4	82,4	82,4	82,4

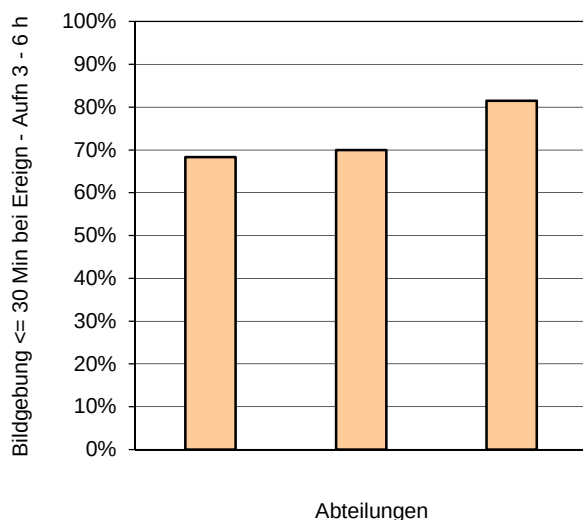
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Indikator-ID 2016/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 und 1. Bildgebung vor Aufnahme)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

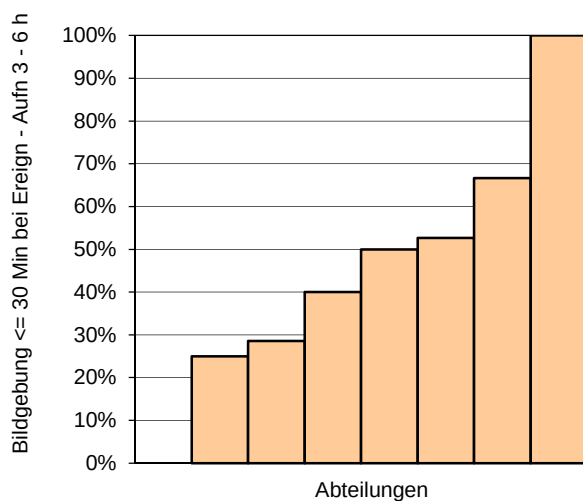
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,3	68,3	68,3	68,3	70,0	81,5	81,5	81,5	81,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	26,8	45,0	59,6	100,0	100,0	100,0

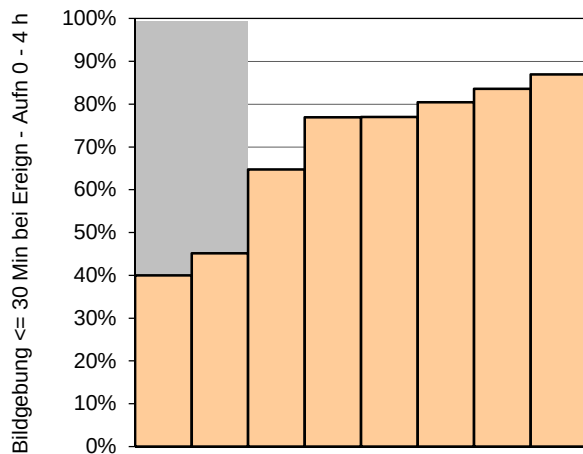
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Indikator-ID 2016/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 und 1. Bildgebung vor Aufnahme)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

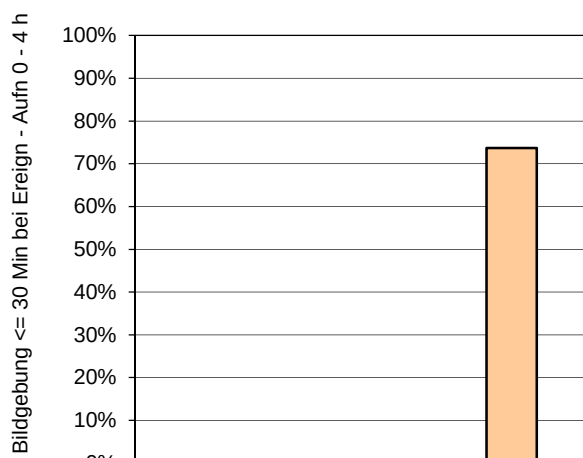


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0	40,0	40,0	54,9	77,0	82,0	87,0	87,0	87,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	73,7	73,7	73,7	73,7

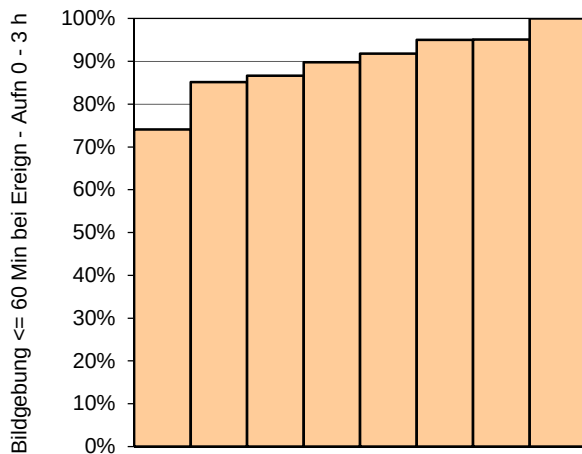
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Indikator-ID 2016/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 und 1. Bildgebung vor Aufnahme)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

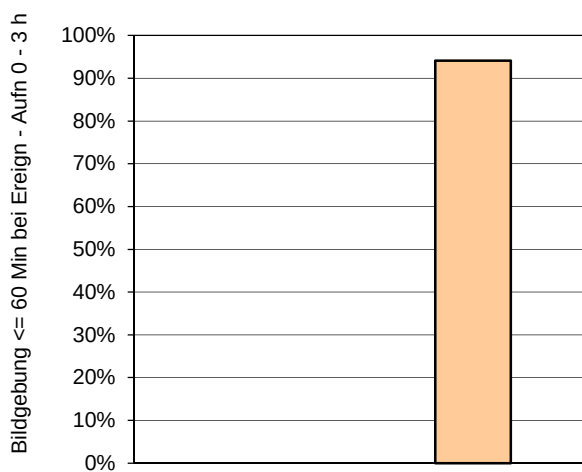


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	74,1	74,1	74,1	85,9	90,8	95,1	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.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	47,1	94,1	94,1	94,1	94,1

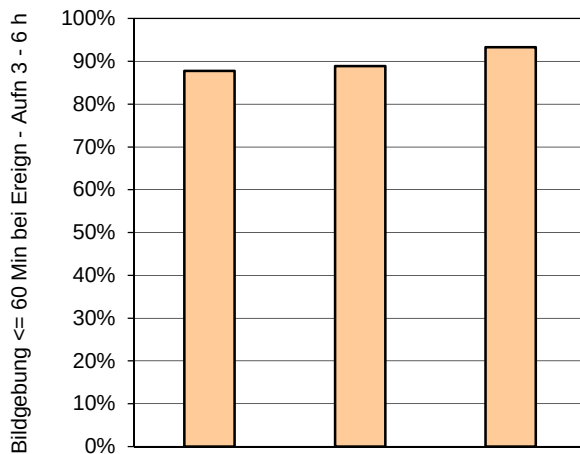
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13e, Indikator-ID 2016/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 und 1. Bildgebung vor Aufnahme)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

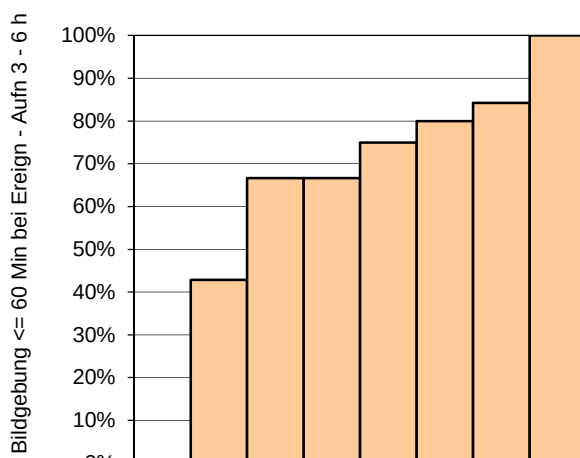


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,8	87,8	87,8	87,8	88,9	93,3	93,3	93,3	93,3

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	54,8	70,8	82,1	100,0	100,0	100,0

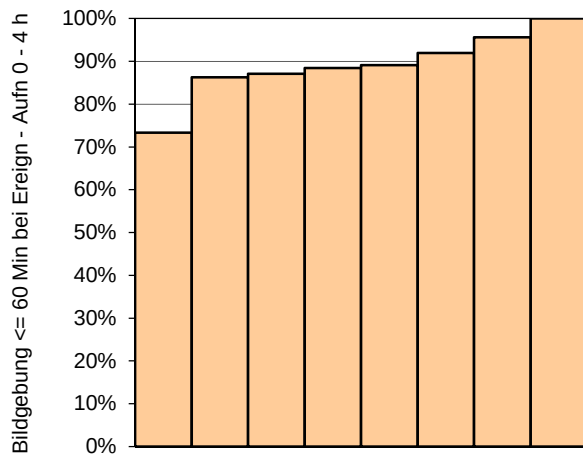
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13f, Indikator-ID 2016/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 und 1. Bildgebung vor Aufnahme)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

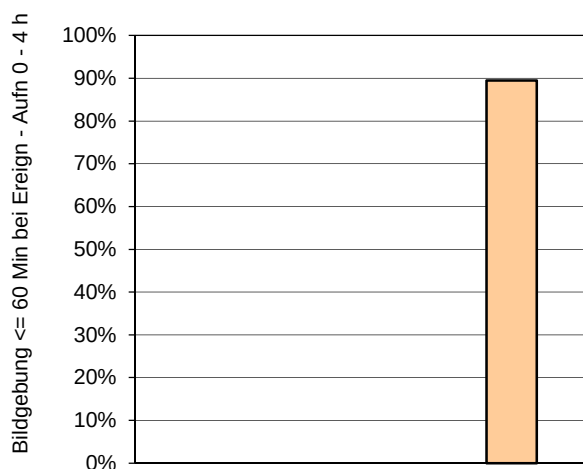


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	73,3	73,3	73,3	86,7	88,8	93,8	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	89,5	89,5	89,5	89,5

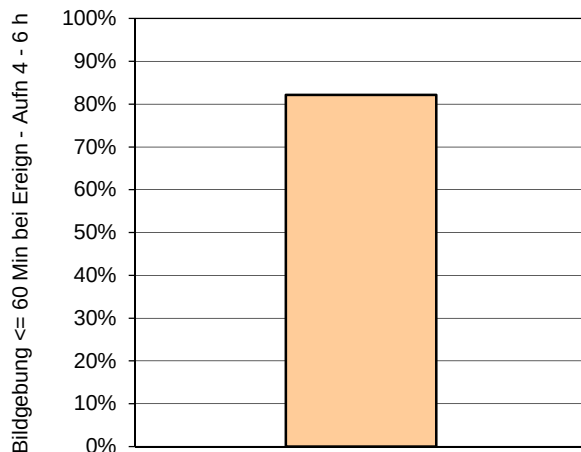
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13g, Indikator-ID 2016/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 und 1. Bildgebung vor Aufnahme)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

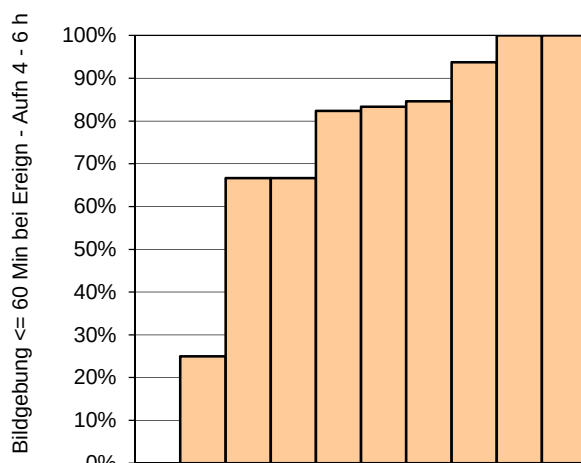


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,1	82,1	82,1	82,1	82,1	82,1	82,1	82,1	82,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 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	12,5	66,7	82,8	93,8	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat 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:	2016/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2016/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2016/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2016/apo_hh/103507	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	$\geq 40,0\%$	
	Gruppe 4:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Abteilung 2016 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 40,0\%$	nicht definiert

	Gesamt 2016 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	154 / 203	31 / 76	170 / 231	15 / 48
Vertrauensbereich	75,9%	40,8%	73,6%	31,3%
Referenzbereich	69,4% - 81,6%	29,6% - 52,7%	67,4% - 79,2%	18,6% - 46,3%
	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 40,0\%$	nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich				

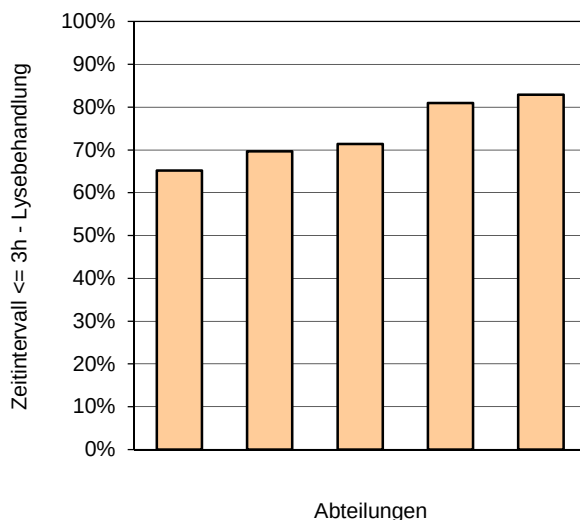
Vorjahresdaten	Gesamt 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	163 / 248 65,7% 59,4% - 71,6%	28 / 84 33,3% 23,4% - 44,5%	182 / 284 64,1% 58,2% - 69,7%	9 / 48 18,8% 8,9% - 32,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Indikator-ID 2016/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:

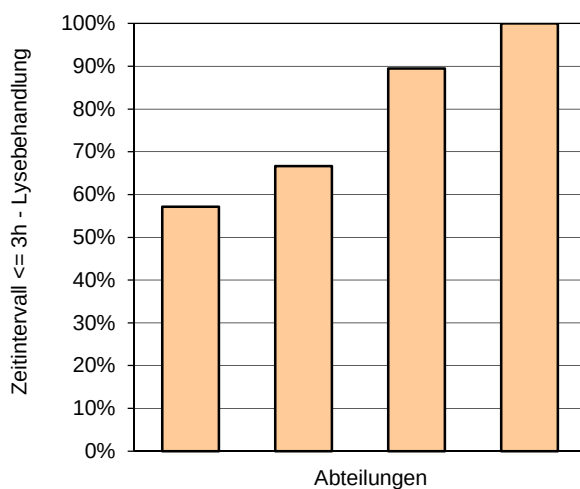
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,2	65,2	65,2	69,7	71,4	81,0	82,9	82,9	82,9

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
	57,1	57,1	57,1	61,9	78,1	94,7	100,0	100,0	100,0

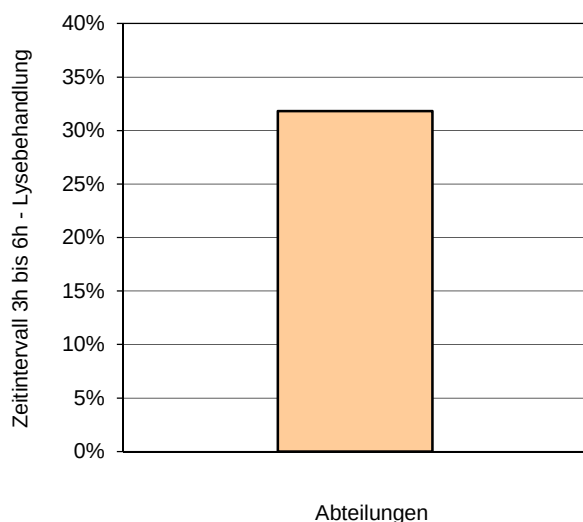
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Indikator-ID 2016/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:

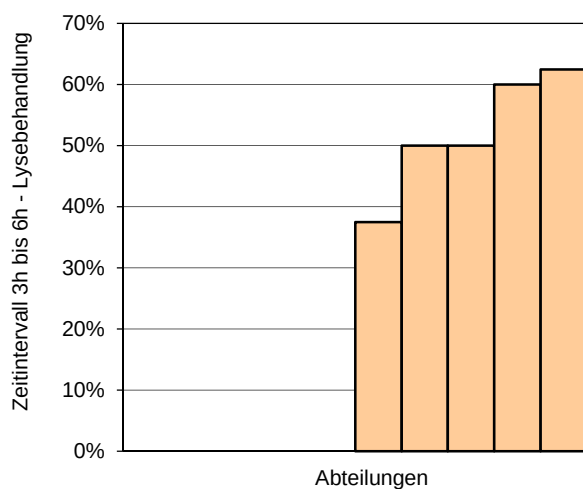
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	31,8	31,8	31,8	31,8	31,8	31,8	31,8	31,8	31,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	18,8	50,0	61,3	62,5	62,5

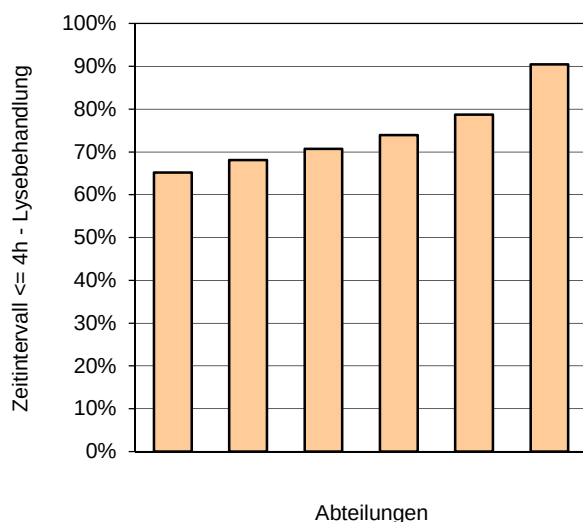
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Indikator-ID 2016/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:

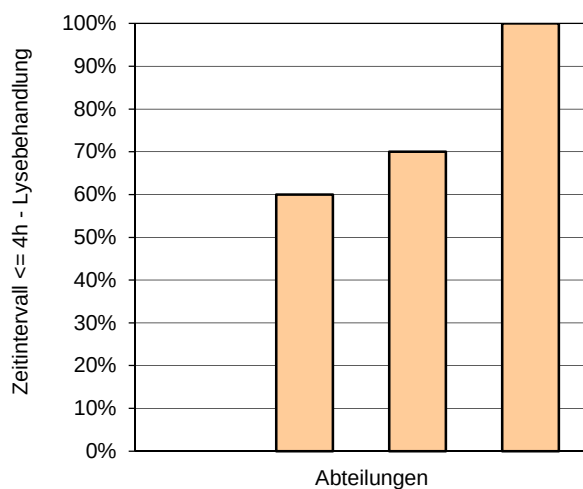
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,2	65,2	65,2	68,1	72,3	78,7	90,5	90,5	90,5

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
	0,0	0,0	0,0	30,0	65,0	85,0	100,0	100,0	100,0

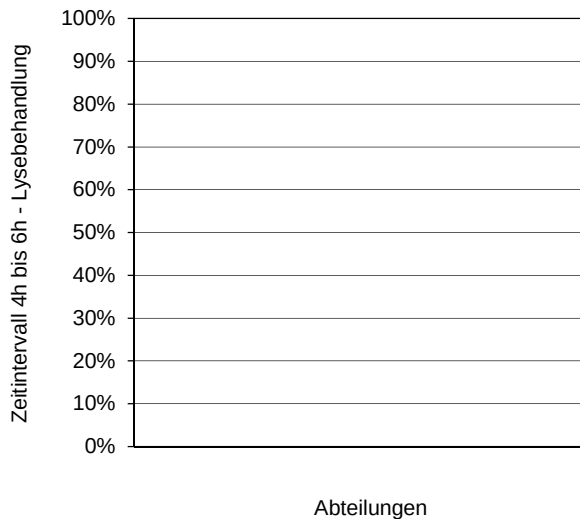
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Indikator-ID 2016/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:

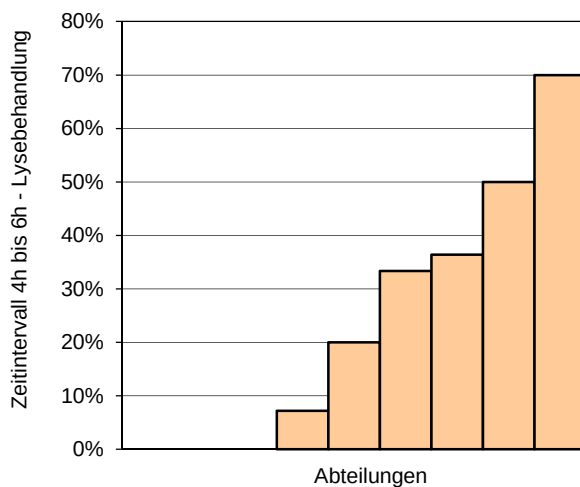
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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	20,0	36,4	70,0	70,0	70,0

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.	2016/apo_hh/83314
		<= 60 Min.	2016/apo_hh/83313
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2016/apo_hh/83321
		<= 60 Min.	2016/apo_hh/83320
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2016/apo_hh/103508
		<= 60 Min.	2016/apo_hh/103509
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	2016/apo_hh/103518
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
		<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
		<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 25,0%
		<= 60 Min.	>= 75,0%
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

Abteilung 2016 I. Quartal				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 25,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 75,0%	nicht definiert

	Abteilung 2016 I. Quartal			
	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 2016 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	104 / 180 57,8%	20 / 33 60,6%	115 / 198 58,1%	9 / 15 60,0%
Vertrauensbereich	50,2% - 65,1%	42,0% - 77,2%	50,9% - 65,0%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 25,0%	
<= 60 Minuten	172 / 180 95,6%	30 / 33 90,9%	189 / 198 95,5%	13 / 15 86,7%
Vertrauensbereich	91,4% - 98,1%	75,4% - 98,2%	91,5% - 97,9%	59,5% - 98,4%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 75,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	68 / 180 37,8%	10 / 33 30,3%	74 / 198 37,4%	4 / 15 26,7%
> 1 - 2 Stunden	5 / 180 2,8%	3 / 33 9,1%	6 / 198 3,0%	2 / 15 13,3%
> 2 - 3 Stunden	1 / 180 0,6%	0 / 33 0,0%	1 / 198 0,5%	0 / 15 0,0%
> 3 - 4 Stunden	2 / 180 1,1%	0 / 33 0,0%	2 / 198 1,0%	0 / 15 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 180 0,0%	0 / 33 0,0%	0 / 198 0,0%	0 / 15 0,0%
> 6 Stunden	0 / 180 0,0%	0 / 33 0,0%	0 / 198 0,0%	0 / 15 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 180 0,0%	0 / 33 0,0%	0 / 198 0,0%	0 / 15 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

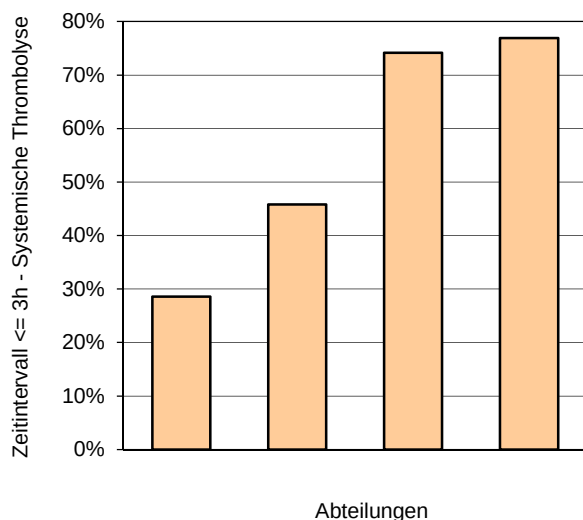
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	114 / 190 60,0%	18 / 29 62,1%	131 / 212 61,8%	
Vertrauensbereich	52,6% - 67,0%	42,2% - 79,4%	54,9% - 68,4%	
<= 60 Minuten	175 / 190 92,1%	24 / 29 82,8%	195 / 212 92,0%	4 / 7 57,1%
Vertrauensbereich	87,3% - 95,5%	64,2% - 94,2%	87,4% - 95,3%	18,4% - 90,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Indikator-ID 2016/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:

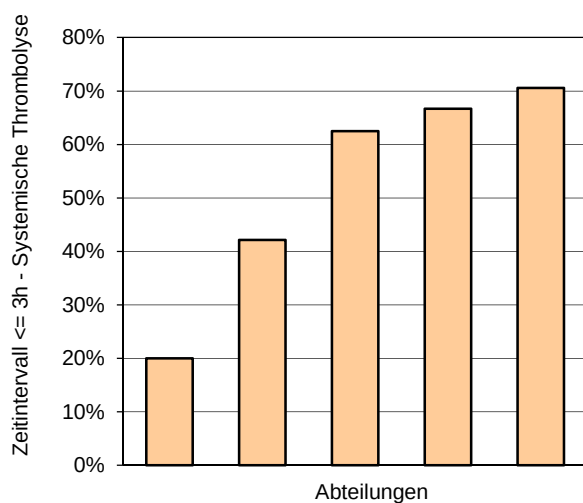
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	28,6	28,6	28,6	37,2	60,0	75,6	76,9	76,9	76,9

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
	20,0	20,0	20,0	42,1	62,5	66,7	70,6	70,6	70,6

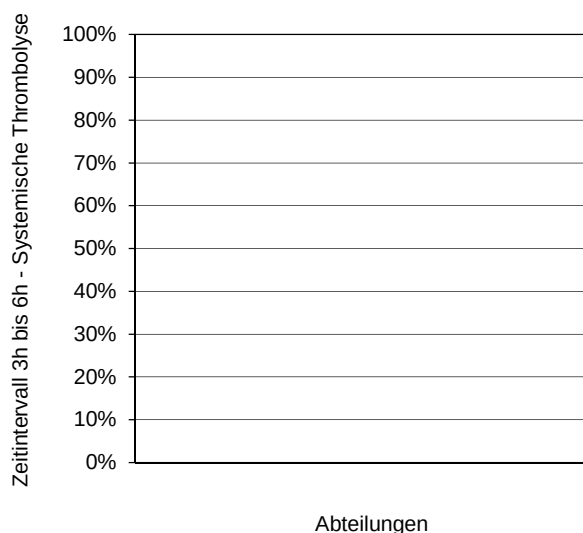
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Indikator-ID 2016/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:

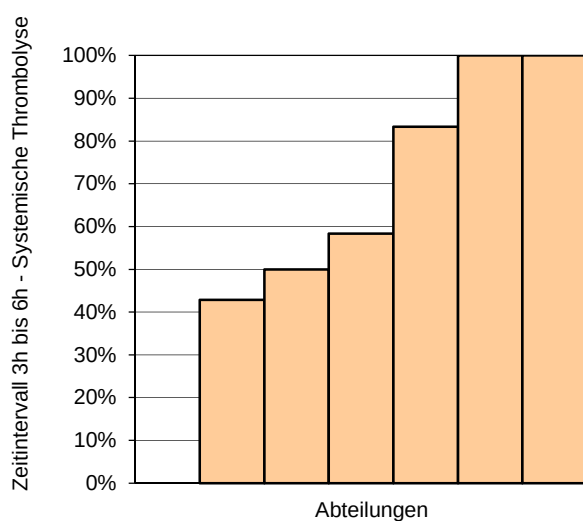
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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	42,9	58,3	100,0	100,0	100,0	100,0

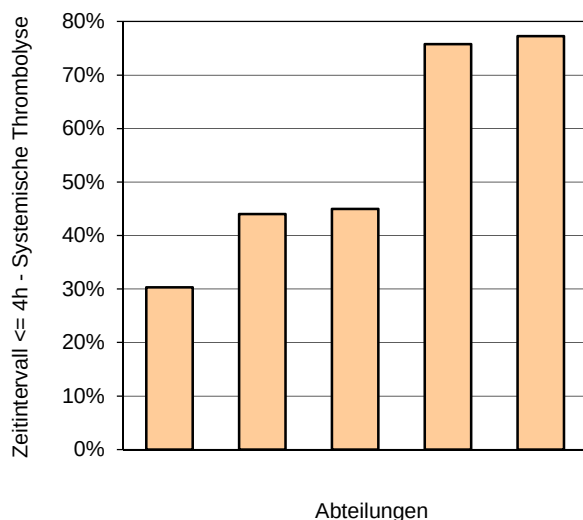
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Indikator-ID 2016/apo_hh/103508]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

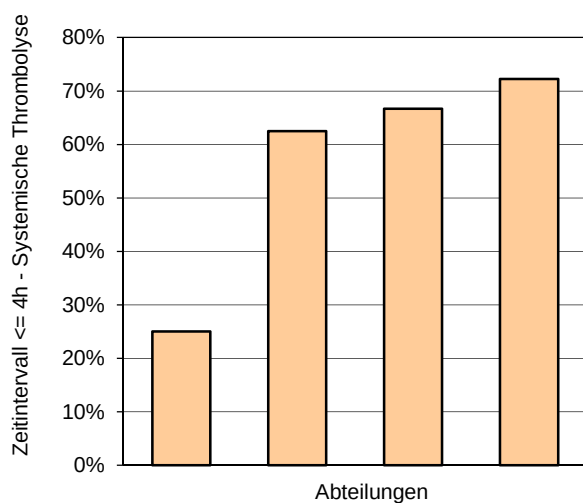
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	30,3	30,3	30,3	44,0	45,0	75,8	77,3	77,3	77,3

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0	25,0	25,0	43,8	64,6	69,4	72,2	72,2	72,2

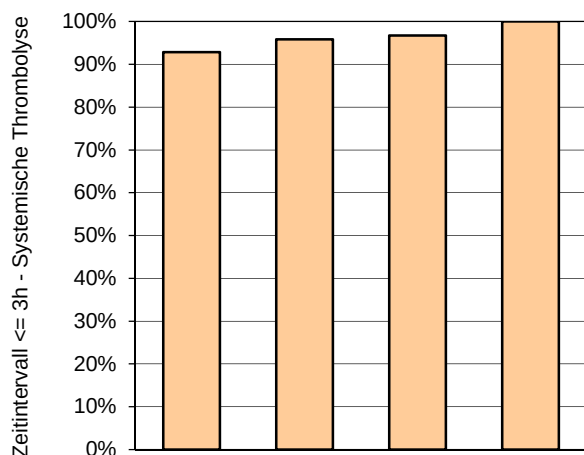
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Indikator-ID 2016/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.

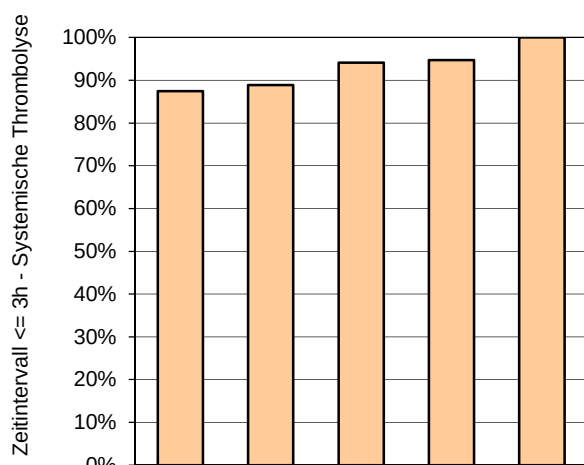


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,9	92,9	92,9	94,3	96,3	98,4	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,5	87,5	87,5	88,9	94,1	94,7	100,0	100,0	100,0

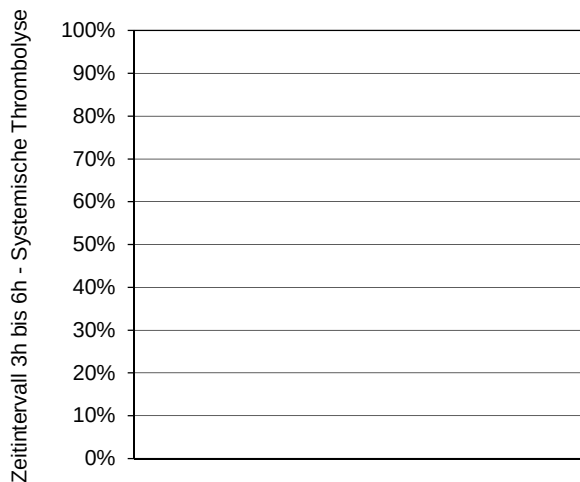
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15e, Indikator-ID 2016/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.

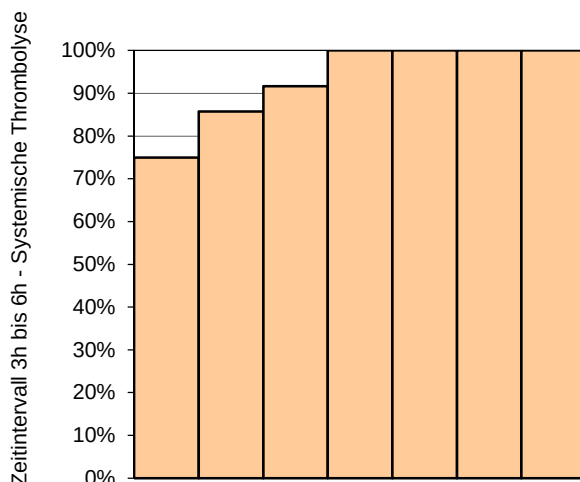


Abteilungen

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
	75,0	75,0	75,0	85,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

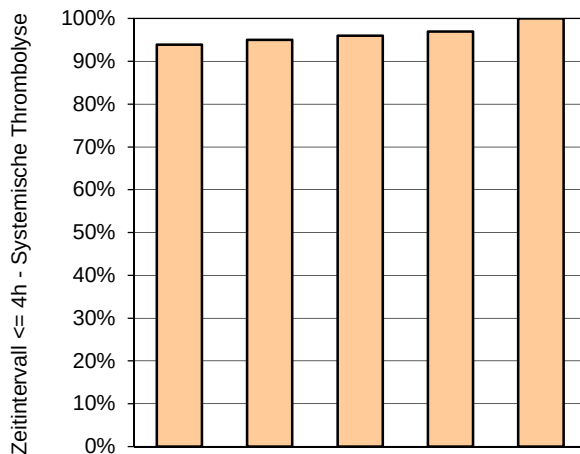
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15f, Indikator-ID 2016/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.

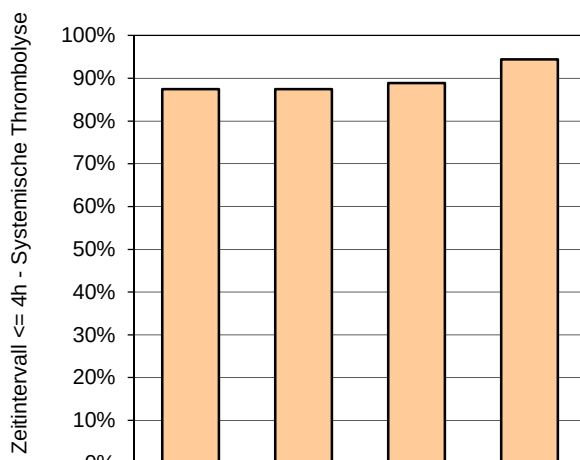


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,9	93,9	93,9	95,0	96,0	97,0	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
	87,5	87,5	87,5	87,5	88,2	91,7	94,4	94,4	94,4

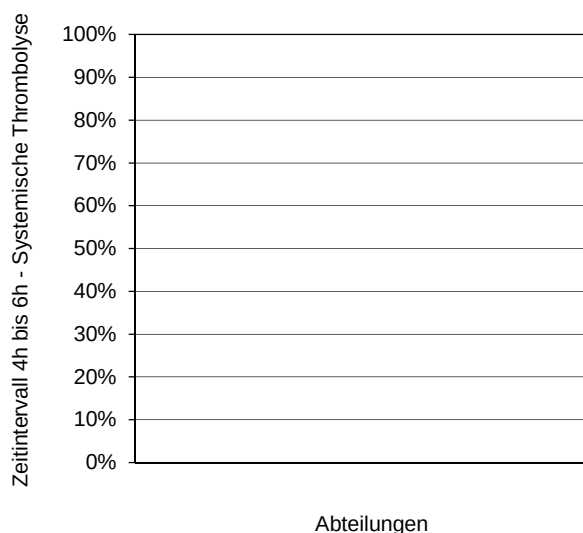
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15g, Indikator-ID 2016/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 Thrombolyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

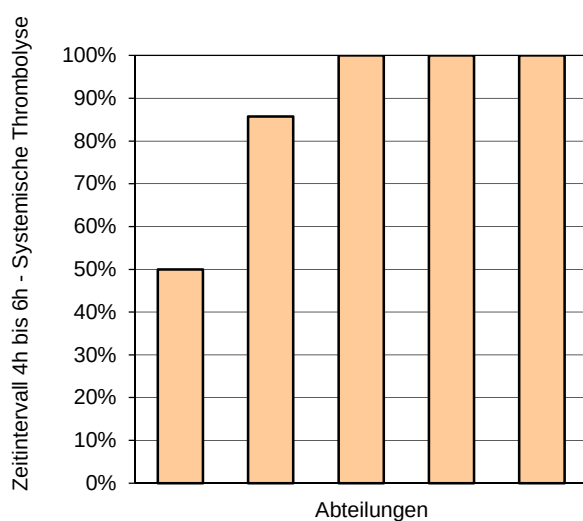
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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	85,7	100,0	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: 2016/apo_hh/83372

Referenzbereich: >= 45,0%

	Abteilung 2016 I. Quartal	Gesamt 2016 I. Quartal
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.013 / 1.973 51,3%
Vertrauensbereich		49,1% - 53,6%
Referenzbereich	>= 45,0%	>= 45,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 I. Quartal	Gesamt 2015 I. Quartal
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.218 / 2.408 50,6%
Vertrauensbereich		48,6% - 52,6%

Abteilung 2016 I. Quartal

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

Gesamt 2016 I. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
Rankin bei Aufnahme						
0 keine Symptome	265 13,4%	211 10,7%	106 5,4%	45 2,3%	20 1,0%	7 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	26 1,3%	107 5,4%	143 7,2%	82 4,2%	16 0,8%	8 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	6 0,3%	15 0,8%	117 5,9%	130 6,6%	49 2,5%	17 0,9%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	3 0,2%	17 0,9%	65 3,3%	91 4,6%	24 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	4 0,2%	6 0,3%	16 0,8%	83 4,2%	64 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	2 0,1%	4 0,2%	5 0,3%	13 0,7%	123 6,2%
6 Tod	1 0,1%	1 0,1%	2 0,1%	6 0,3%	11 0,6%	59 3,0%
Rankin bei Entlassung						

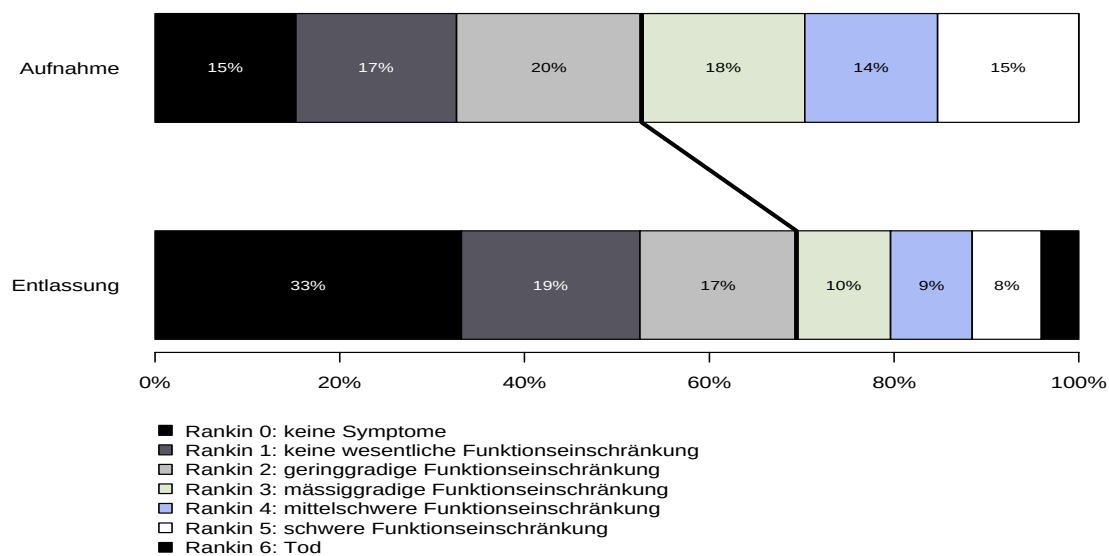
Vorjahresdaten
Abteilung 2015 I. Quartal

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

Vorjahresdaten
Gesamt 2015 I. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
Rankin bei Aufnahme						
0 keine Symptome	359 14,9%	242 10,0%	147 6,1%	58 2,4%	15 0,6%	2 0,1%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	17 0,7%	174 7,2%	192 8,0%	81 3,4%	38 1,6%	13 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	16 0,7%	119 4,9%	146 6,1%	64 2,7%	16 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	9 0,4%	19 0,8%	95 3,9%	102 4,2%	28 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	5 0,2%	6 0,2%	14 0,6%	67 2,8%	74 3,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	3 0,1%	1 0,0%	1 0,0%	13 0,5%	16 0,7%	135 5,6%
6 Tod	1 0,0%	0 0,0%	4 0,2%	9 0,4%	10 0,4%	92 3,8%
Rankin bei Entlassung						

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung

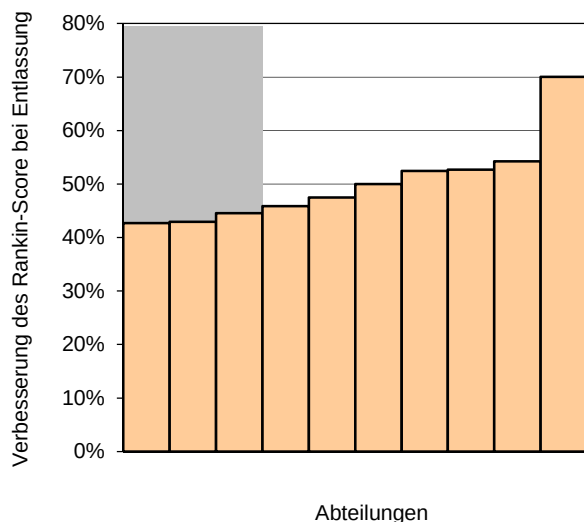


Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Indikator-ID 2016/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

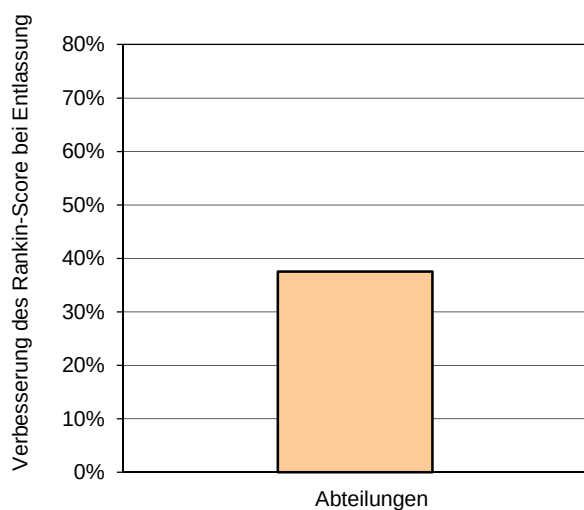
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,7	42,7	42,8	44,5	48,8	52,7	62,1	70,1	70,1

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
	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5	37,5

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.338	100,0	3.022	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			2.338		3.022	

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

Patienten

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.973		2.408	
Alter (Jahre)						
Median	<i>Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			1.026	52,0	1.217	50,5
weiblich			947	48,0	1.191	49,5

Aufnahme

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.499	76,0	1.867	77,5
Sonnabend oder Sonntag			474	24,0	541	22,5
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			922	46,7	1.151	47,8
nein			1.042	52,8	1.231	51,1
nicht bestimmbar			9	0,5	26	1,1
Sprachstörung						
ja			482	24,4	570	23,7
nein			1.459	73,9	1.784	74,1
nicht bestimmbar			32	1,6	54	2,2
Sprechstörung						
ja			605	30,7	759	31,5
nein			1.302	66,0	1.573	65,3
nicht bestimmbar			66	3,3	76	3,2
Schluckstörung						
ja			345	17,5	422	17,5
nein			1.528	77,4	1.836	76,2
nicht bestimmbar			100	5,1	150	6,2
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.835	93,0	2.196	91,2
somnolent-stuporös			108	5,5	169	7,0
komatös			30	1,5	43	1,8
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			217	11,0	195	8,1
> 1 - <= 2 Stunden			289	14,6	349	14,5
> 2 - <= 3 Stunden			173	8,8	255	10,6
> 3 - <= 3,5 Stunden			68	3,4	73	3,0
> 3,5 - <= 4 Stunden			43	2,2	62	2,6
> 4 - <= 6 Stunden			157	8,0	192	8,0
> 6 - <= 24 Stunden			314	15,9	478	19,9
> 24 - <= 48 Stunden			157	8,0	198	8,2
> 48 Stunden			258	13,1	294	12,2
unbekannt			156	7,9	183	7,6
wake up stroke			141	7,1	129	5,4

Diagnostik

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.880	95,3	2.296	95,3
Bildgebung-MRT nach Ereignis			1.334	67,6	1.529	63,5
Frische Läsion in der Bildgebung			1.143	57,9	1.315	54,6
Schlucktest nach Protokoll			1.722	87,3	2.083	86,5
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			223	11,3	291	12,1
>= 1 - 24 Stunden			516	26,2	620	25,7
> 24 Stunden			1.234	62,5	1.497	62,2
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.882	95,4	2.290	95,1
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.868	94,7	2.267	94,1
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			443	22,5	496	20,6
früherer Schlaganfall			572	29,0	653	27,1
Vorhofflimmern			481	24,4	621	25,8
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.722		2.092	
Pneumonie			118		137	
erhöhter Hirndruck			48		60	
andere Komplikationen			130		174	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2016¹

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.271	64,4	1.454	60,4
TIA			584	29,6	794	33,0
ICB			118	6,0	160	6,6
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			344	17,4	441	18,3
gelegentlicher Verlust			250	12,7	248	10,3
kontinent			1.379	69,9	1.719	71,4
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			371	18,8	482	20,0
grosse Unterstützung			234	11,9	251	10,4
geringe Unterstützung			348	17,6	357	14,8
vollständig selbstständig			1.020	51,7	1.318	54,7
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			418	21,2	551	22,9
grosse Unterstützung			262	13,3	270	11,2
geringe Unterstützung			362	18,3	399	16,6
vollständig selbstständig			931	47,2	1.188	49,3
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			272	13,8	297	12,3
gelegentlicher Verlust			206	10,4	190	7,9
kontinent			1.415	71,7	1.805	75,0
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			185	9,4	221	9,2
grosse Unterstützung			159	8,1	177	7,4
geringe Unterstützung			243	12,3	244	10,1
vollständig selbstständig			1.306	66,2	1.650	68,5
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			233	11,8	266	11,0
grosse Unterstützung			168	8,5	200	8,3
geringe Unterstützung			266	13,5	304	12,6
vollständig selbstständig			1.226	62,1	1.522	63,2

Rankin Skala

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			301	15,3	385	16,0
Rankin 1			343	17,4	447	18,6
Rankin 2			395	20,0	488	20,3
Rankin 3			349	17,7	416	17,3
Rankin 4			283	14,3	312	13,0
Rankin 5			302	15,3	360	15,0
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			654	33,1	823	34,2
Rankin 1			382	19,4	515	21,4
Rankin 2			334	16,9	364	15,1
Rankin 3			201	10,2	255	10,6
Rankin 4			174	8,8	166	6,9
Rankin 5			148	7,5	169	7,0
Tod			80	4,1	116	4,8

Rehabilitation

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.478	74,9	1.673	69,5
> Tag 2 nach Aufnahme			24	1,2	32	1,3
keine			471	23,9	703	29,2
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.860	94,3	2.228	92,5
> Tag 2 nach Aufnahme			33	1,7	51	2,1
keine			80	4,1	129	5,4
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.673	84,8	1.995	82,8
> Tag 2 nach Aufnahme			30	1,5	39	1,6
keine			270	13,7	374	15,5

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			500	25,3	577	24,0
Beatmung			75	3,8	89	3,7
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.540	78,1	1.892	78,6
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.436	72,8	1.747	72,5
Thromboseprophylaxe			1.801	91,3	2.174	90,3

Entlassung

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			1.954	99,0	2.374	98,6
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.719	87,1	2.065	85,8
Entlassungsart						
verstorben			80	4,1	116	4,8
nach Hause			1.160	58,8	1.453	60,3
Pflegeeinrichtung/Heim			171	8,7	218	9,1
andere Abteilung			70	3,5	74	3,1
externe (Akut)Klinik			49	2,5	48	2,0
Reha-Klinik			443	22,5	499	20,7
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.973	100,0	2.408	100,0
Mittelwert	<i>Tage</i>		8,3 <i>Tage</i>		8,4 <i>Tage</i>	
Median	<i>Tage</i>		6,0 <i>Tage</i>		6,0 <i>Tage</i>	

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			243	12,3	247	10,3
Lyse i.a.			43	2,2	44	1,8
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			136	6,9	150	6,2
> 30 - <= 60 Minuten			101	5,1	81	3,4
> 1 - <= 2 Stunden			15	0,8	23	1,0
> 2 - <= 3 Stunden			2	0,1	5	0,2
> 3 - <= 4 Stunden			2	0,1	1	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	2	0,1
> 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.717	87,0	2.146	89,1
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			954	48,4	1.136	47,2
> 30 - <= 60 Minuten			433	21,9	523	21,7
> 1 - <= 3 Stunden			351	17,8	431	17,9
> 3 - <= 6 Stunden			100	5,1	143	5,9
> 6 Stunden			55	2,8	77	3,2
1. Bildgebung vor Aufnahme			77	3,9	92	3,8
keine Bildgebung erfolgt			3	0,2	6	0,2
Punktsomme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			1.047	53,1	1.306	54,2
3 - 8 (mittel)			580	29,4	659	27,4
9 - 20 (schwerwiegend)			272	13,8	316	13,1
> 20 (sehr schwerwiegend)			55	2,8	108	4,5
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2016 I. Quartal		Gesamt 2016 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			1.478	74,9	1.829	76,0
Hypercholesterinämie			956	48,5	1.190	49,4
keine Angabe			199	10,1	182	7,6
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.293	65,5	1.630	67,7
Antihypertensiva			1.350	68,4	1.695	70,4
Antidiabetika			314	15,9	350	14,5
keine Angabe			330	16,7	251	10,4
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.408	71,4	1.826	75,8
Pflege zu Hause			147	7,5	202	8,4
Pflege in Institution			175	8,9	236	9,8
keine Angabe			243	12,3	144	6,0

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 2016.

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 2016 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2015 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 2015 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2016 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.

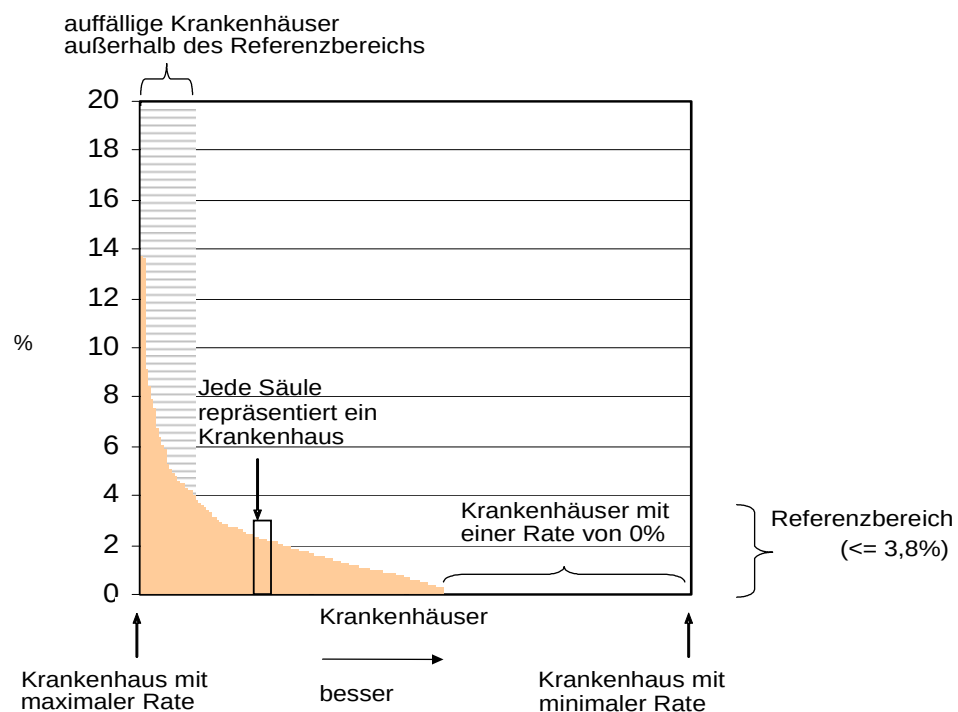
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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