

Auswertung 1. Quartal 2014 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 11
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.056
Datensatzversion: apo_hh 2014 2.0
Datenbankstand: 04. Juni 2014
2014 - D14406-L91179-P44160

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

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 2014 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 2013 im I. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2014/apo_hh/83254 QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			89,6%	>= 55,0%	1.1
2014/apo_hh/83284 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			93,2%	>= 80,0%	1.3
2014/apo_hh/83285 QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			88,8%	>= 75,0%	1.5
2014/apo_hh/83286 QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			97,2%	>= 90,0%	1.7
2014/apo_hh/83287 QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			95,9%	>= 90,0%	1.9
2014/apo_hh/83288 QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			84,8%	>= 65,0%	1.11
2014/apo_hh/83290 QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			89,3%	>= 75,0%	1.13

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2014/apo_hh/83291 QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			100,0%	>= 95,0%	1.15
2014/apo_hh/83292 QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			97,3%	>= 90,0%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2014/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	1.19
2014/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			2,8%	<= 4,0%	1.19
2014/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			17,6%	<= 25,0%	1.19
2014/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			90,9%	>= 70,0%	1.24
2014/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			37,1%	nicht definiert	1.26

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
2014/apo_hh/98323 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			77,6%	>= 50,0%	1.28
2014/apo_hh/98326 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			71,2%	>= 40,0%	1.28
2014/apo_hh/103490 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			77,3%	>= 50,0%	1.28
2014/apo_hh/83303 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			91,0%	>= 70,0%	1.28
2014/apo_hh/83307 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			81,8%	>= 65,0%	1.28
2014/apo_hh/103491 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			90,4%	>= 65,0%	1.28
2014/apo_hh/103499 > 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			79,5%	>= 65,0%	1.28

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyse					
2014/apo_hh/83311 Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25			58,4%	>= 40,0%	1.39
2014/apo_hh/83312 Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			22,0%	nicht definiert	1.39
2014/apo_hh/103506 Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			56,2%	>= 35,0%	1.39
2014/apo_hh/103507 Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			11,1%	nicht definiert	1.39

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 15: Systemische Thrombolyse					
door-to-needle-time					
2014/apo_hh/83314 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			54,3%	>= 20,0%	1.45
2014/apo_hh/83321 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			58,3%	>= 10,0%	1.45
2014/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			54,8%	>= 20,0%	1.45
2014/apo_hh/83313 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			94,0%	>= 70,0%	1.45
2014/apo_hh/83320 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			83,3%	nicht definiert	1.45
2014/apo_hh/103509 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			93,5%	>= 70,0%	1.45
2014/apo_hh/103518 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			75,0%	nicht definiert	1.45
2014/apo_hh/83372 QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			52,3%	>= 40,0%	1.56

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Indikator-ID: 2014/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 55,0%

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.389 / 1.550	89,6%
Vertrauensbereich				88,0% - 91,1%
Referenzbereich		>= 55,0%		>= 55,0%

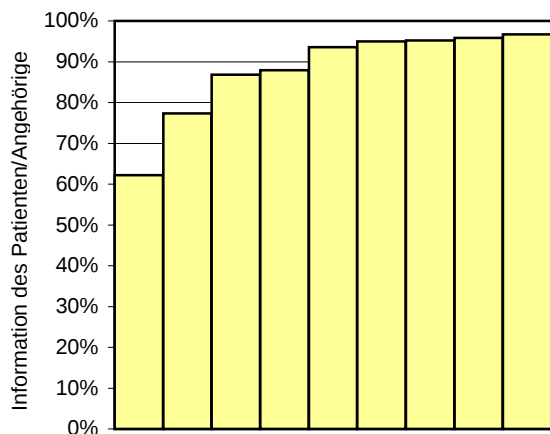
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.740 / 2.011	86,5%
Vertrauensbereich				85,0% - 88,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/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:

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

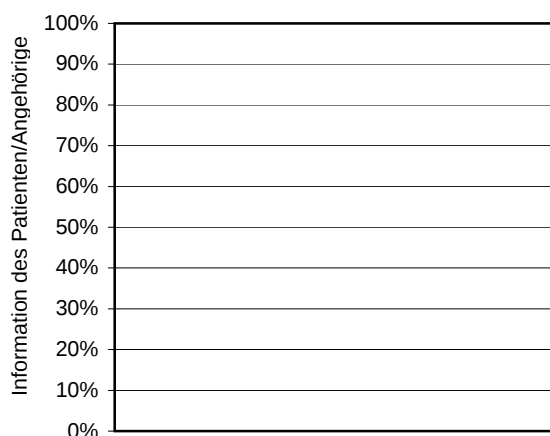


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,2	62,2	62,2	86,9	93,6	95,2	96,7	96,7	96,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Abteilungen haben weniger als 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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Indikator-ID: 2014/apo_hh/83284

Referenzbereich: $\geq 80,0\%$

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich		 $\geq 80,0\%$	480 / 515 90,7% - 95,2% $\geq 80,0\%$	93,2% $\geq 80,0\%$

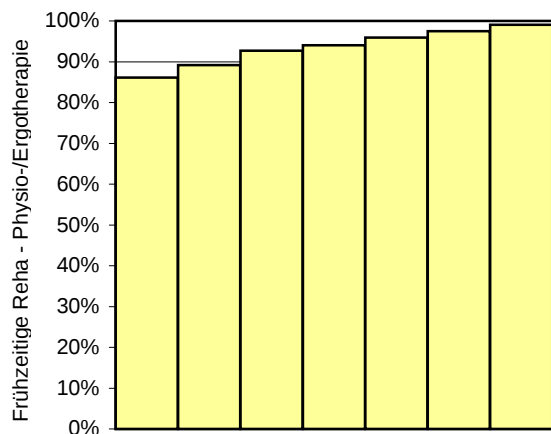
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich		 $\geq 80,0\%$	649 / 731 86,3% - 91,0% $\geq 80,0\%$	88,8% $\geq 80,0\%$

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/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:

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

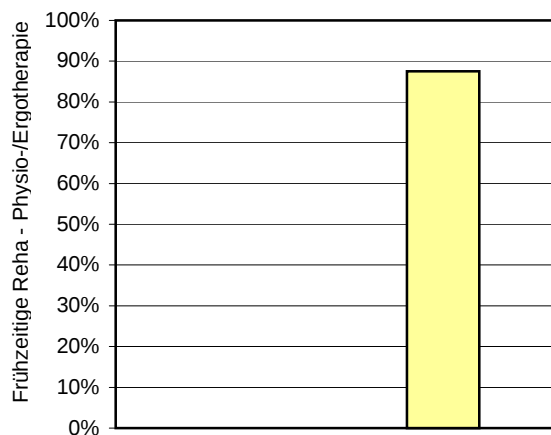


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,1	86,1	86,1	89,2	94,0	97,5	99,0	99,0	99,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	43,8	87,5	87,5	87,5	87,5

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

Indikator-ID: 2014/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			524 / 590	88,8%
Vertrauensbereich				86,0% - 91,2%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

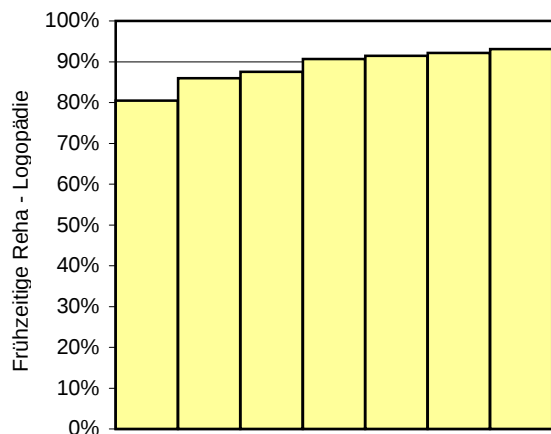
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			702 / 821	85,5%
Vertrauensbereich				82,9% - 87,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2014/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:

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

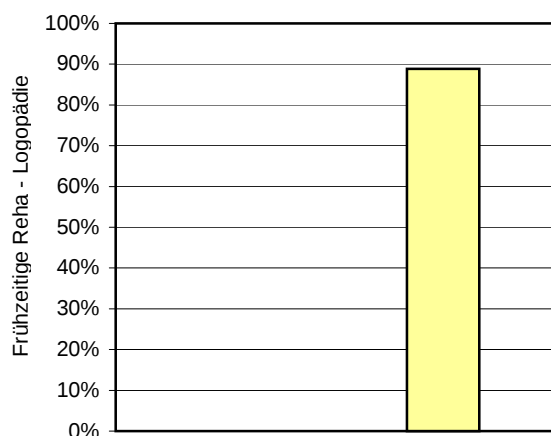


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,5	80,5	80,5	86,0	90,7	92,2	93,1	93,1	93,1

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	44,4	88,9	88,9	88,9	88,9

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2014/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten-aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			840 / 864	97,2%
Vertrauensbereich				95,9% - 98,2%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

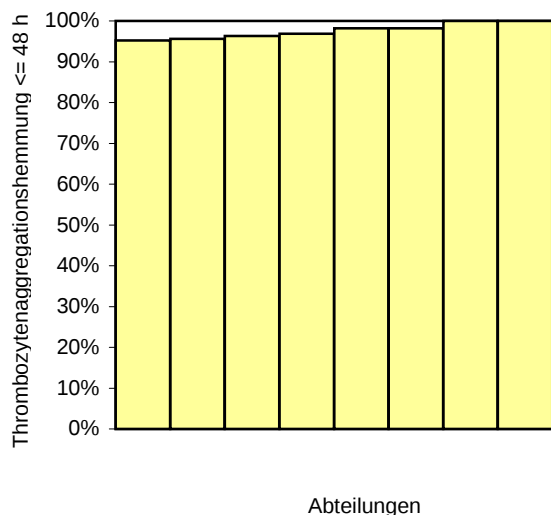
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten-aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.103 / 1.147	96,2%
Vertrauensbereich				94,9% - 97,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2014/apo_hh/83286]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

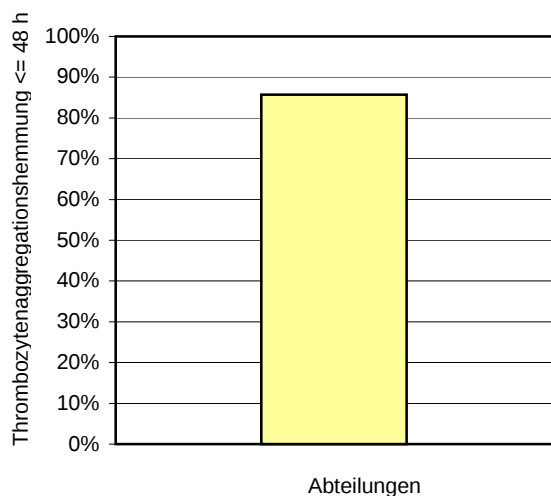
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,2	95,2	95,2	96,0	97,5	99,1	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
	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7

2 Abteilungen haben 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: 2014/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.086 / 1.132	95,9%
Vertrauensbereich				94,6% - 97,0%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

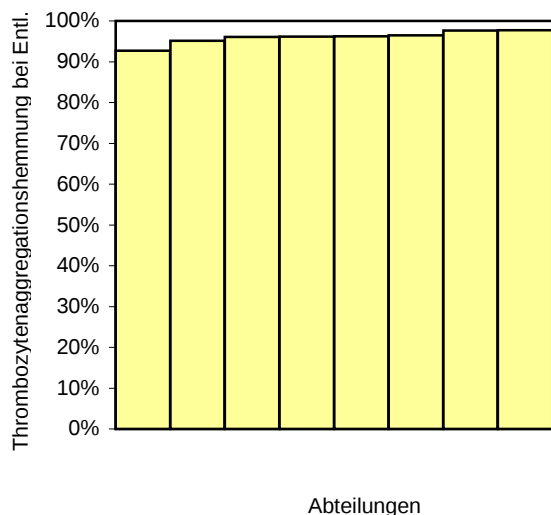
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.406 / 1.501	93,7%
Vertrauensbereich				92,3% - 94,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2014/apo_hh/83287]:

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

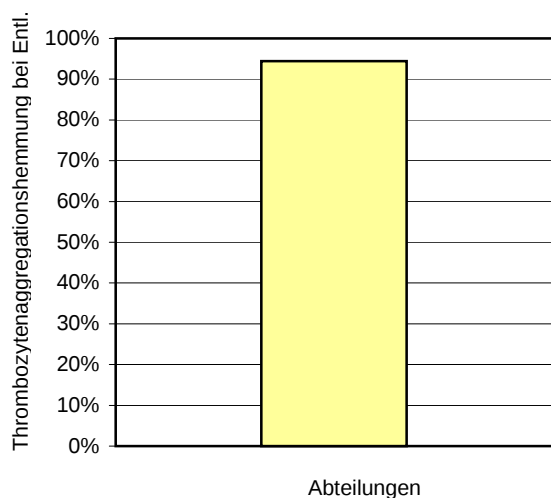
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

Qualitätsziel: Therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach Hirninfarkt oder TIA als Sekundärprophylaxe bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen werden und die bei Entlassung wenig beeinträchtigt sind (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

Indikator-ID: 2014/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 65,0%

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			229 / 270	84,8%
Vertrauensbereich				80,0% - 88,9%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

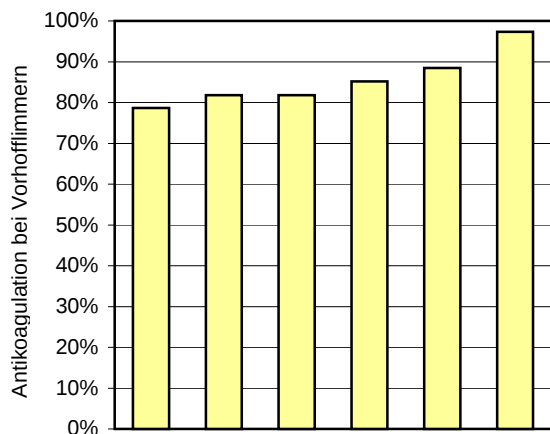
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			261 / 311	83,9%
Vertrauensbereich				79,3% - 87,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2014/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.

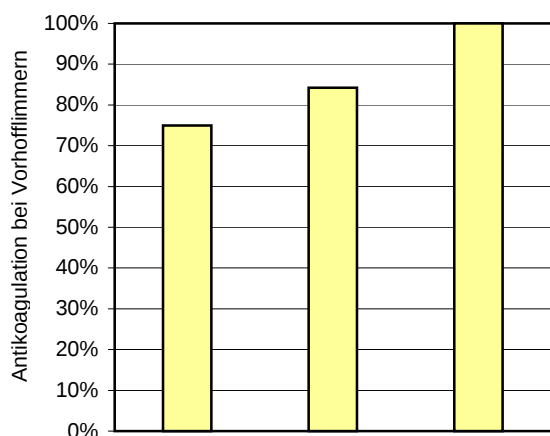


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,7	78,7	78,7	81,8	83,5	88,5	97,3	97,3	97,3

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	75,0	84,2	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Frühzeitige Mobilisierung

Qualitätsziel:	Frühzeitige Mobilisierung bettlägeriger Patienten innerhalb <= 2 Tage nach Aufnahme
Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit Lagewechsel Bett - Stuhl „mit Unterstützung“ oder „unmöglich“ im Barthel-Index bei Aufnahme (Ausschluss: Patienten mit TIA und/oder Beatmung und/oder Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme)
Indikator-ID:	2014/apo_hh/83290
Referenzbereich:	>= 75,0%

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			641 / 718	89,3%
Vertrauensbereich				86,8% - 91,4%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

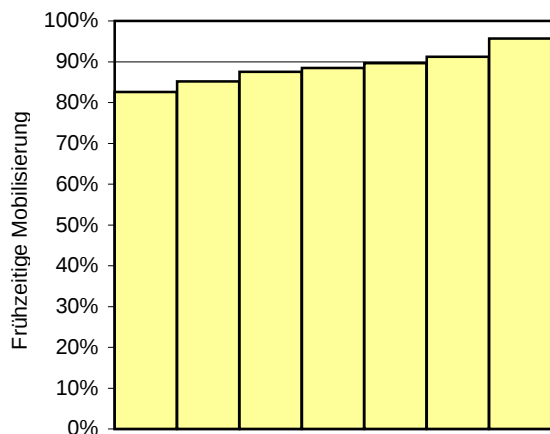
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			944 / 1.104	85,5%
Vertrauensbereich				83,3% - 87,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2014/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:

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

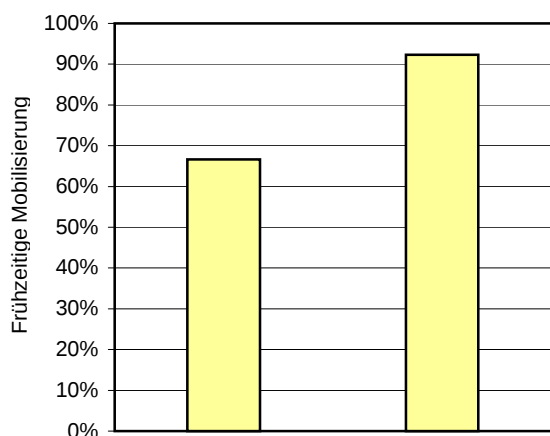


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,6	82,6	82,6	85,2	88,5	91,2	95,7	95,7	95,7

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
	66,7	66,7	66,7	66,7	79,5	92,3	92,3	92,3	92,3

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2014/apo_hh/83291

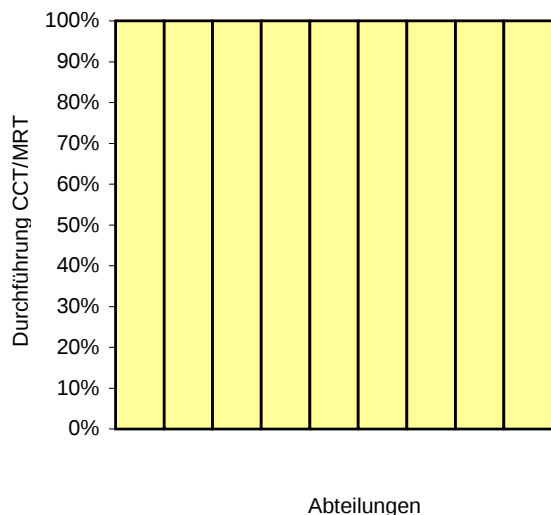
Referenzbereich: >= 95,0%

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.614 / 1.614	100,0%
Vertrauensbereich				99,8% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.128 / 2.133	99,8%
Vertrauensbereich				99,4% - 99,9%

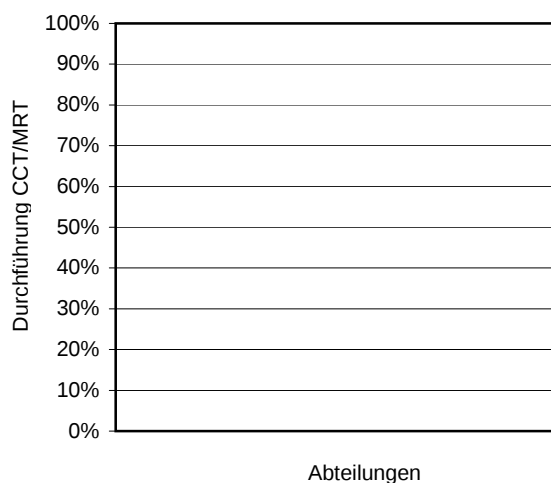
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2014/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Indikator-ID: 2014/apo_hh/83292

Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.454 / 1.495	97,3%
Vertrauensbereich				96,3% - 98,0%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

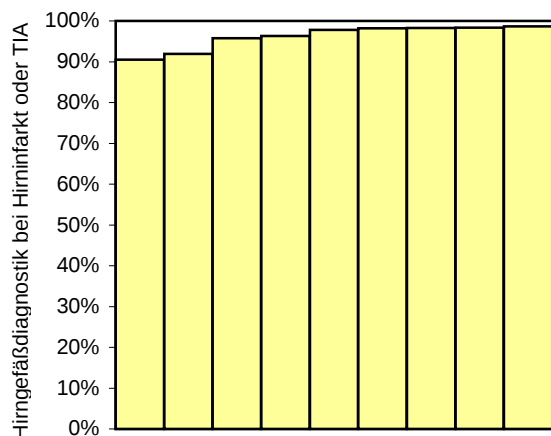
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.897 / 1.984	95,6%
Vertrauensbereich				94,6% - 96,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2014/apo_hh/83292]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

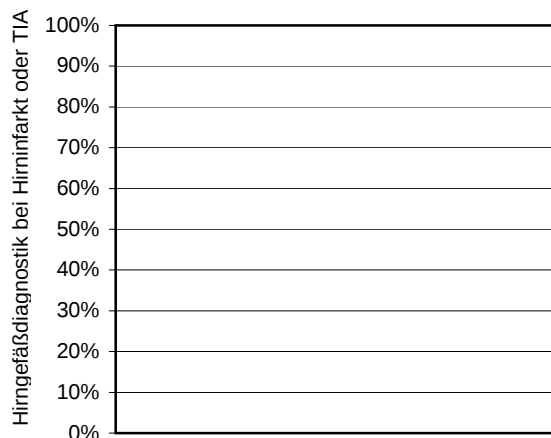


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,5	90,5	90,5	95,8	97,8	98,3	98,6	98,6	98,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Abteilungen haben weniger als 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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

Indikator-ID:
Gruppe 1: 2014/apo_hh/83293
Gruppe 2: 2014/apo_hh/83385
Gruppe 3: 2014/apo_hh/83386

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

	Abteilung 2014 I. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

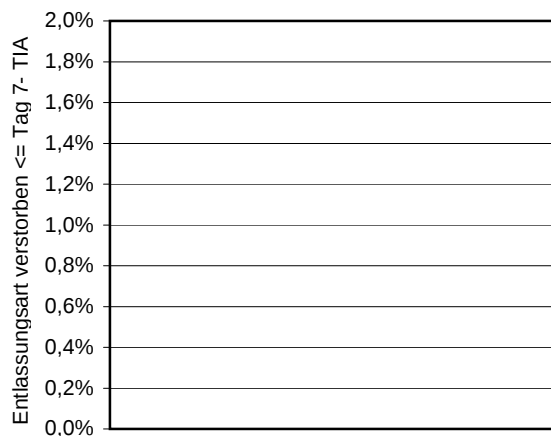
	Gesamt 2014 I. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 539 0,0%	27 / 956 2,8%	21 / 119 17,6%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,7%	1,9% - 4,1%	11,2% - 25,7%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013 I. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	2 / 718 0,3% 0,0% - 1,0%	51 / 1.266 4,0% 3,0% - 5,3%	25 / 149 16,8% 11,1% - 23,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2014/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA

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



Abteilungen

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

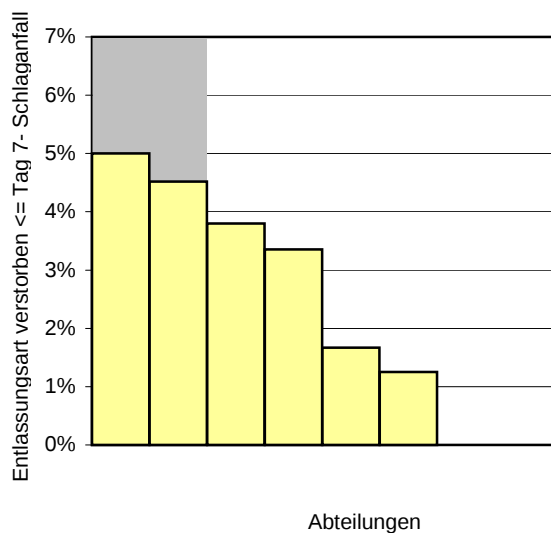
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2014/apo_hh/83385]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

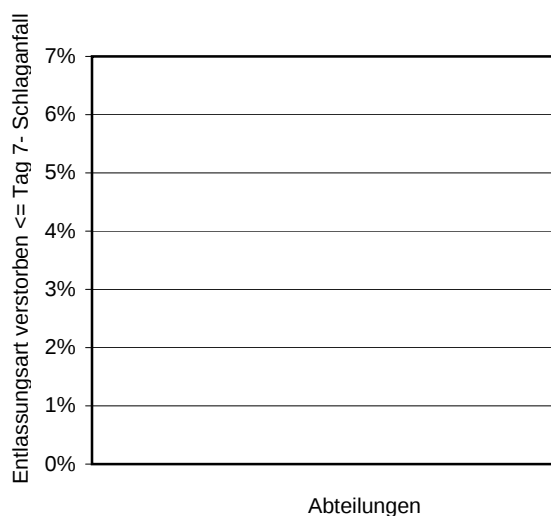
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,6	2,5	4,2	5,0	5,0	5,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

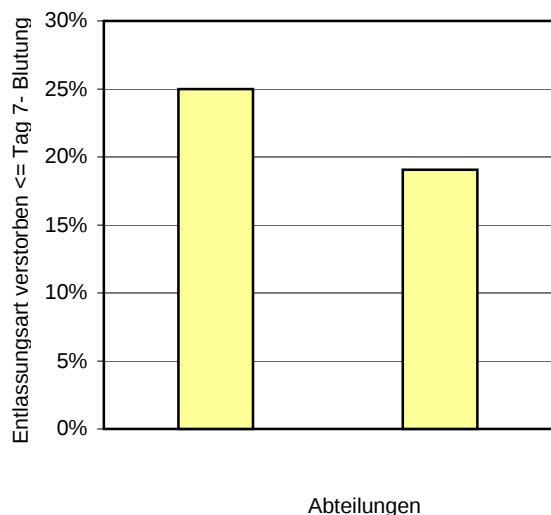


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

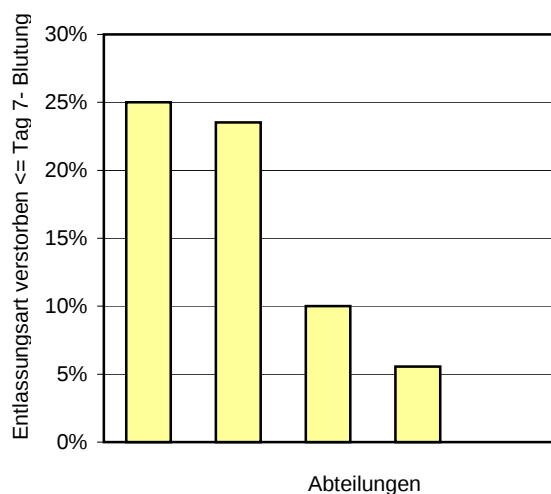
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Indikator-ID 2014/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	19,0	19,0	19,0	19,0	22,0	25,0	25,0	25,0	25,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	5,6	10,0	23,5	25,0	25,0	25,0

4 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: 2014/apo_hh/83294

Referenzbereich: $\geq 70,0\%$

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			807 / 888	90,9%
Vertrauensbereich				88,8% - 92,7%
Referenzbereich		$\geq 70,0\%$		$\geq 70,0\%$

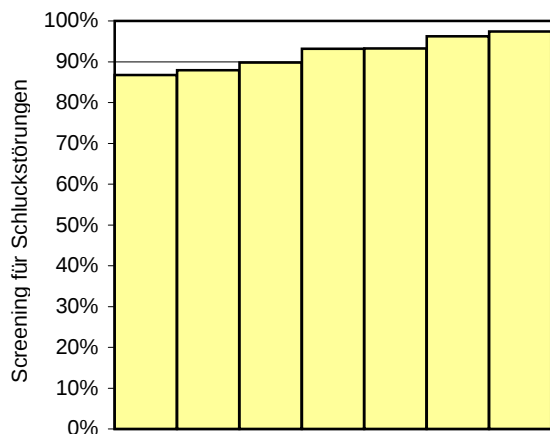
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.022 / 1.129	90,5%
Vertrauensbereich				88,7% - 92,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2014/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:

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

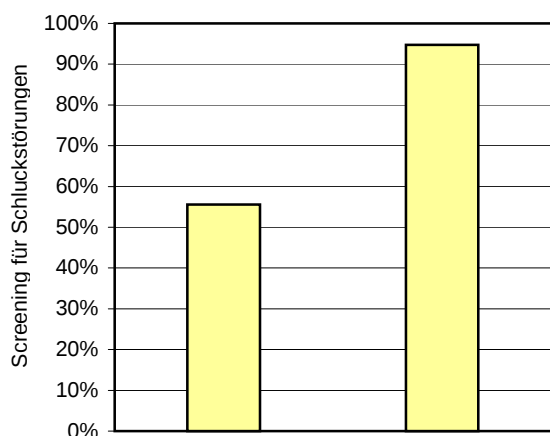


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,7	86,7	86,7	88,0	93,2	96,2	97,4	97,4	97,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,6	55,6	55,6	55,6	75,1	94,7	94,7	94,7	94,7

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2014/apo_hh/83295

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

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			156 / 1.614	9,7%
> 1 - <= 2 Stunden			265 / 1.614	16,4%
> 2 - <= 3 Stunden			178 / 1.614	11,0%
> 3 - <= 3,5 Stunden			60 / 1.614	3,7%
> 3,5 - <= 4 Stunden			42 / 1.614	2,6%
> 4 - <= 6 Stunden			137 / 1.614	8,5%
> 6 - <= 24 Stunden			275 / 1.614	17,0%
> 24 - <= 48 Stunden			122 / 1.614	7,6%
> 48 Stunden			207 / 1.614	12,8%
wake up stroke			88 / 1.614	5,5%
unbekannt			84 / 1.614	5,2%
<= 3 Stunden			599 / 1.614	37,1%
Vertrauensbereich				34,7% - 39,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

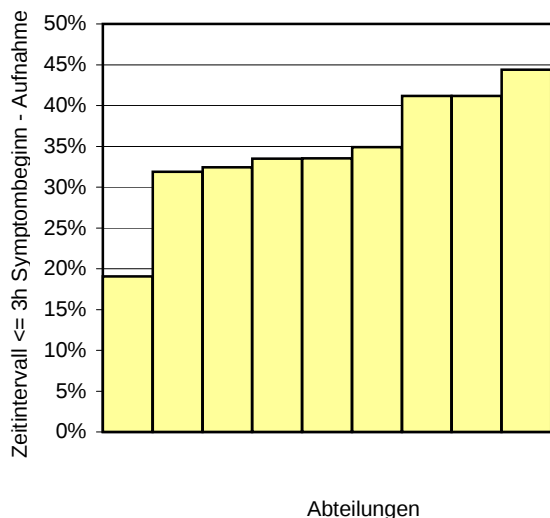
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			733 / 2.133	34,4%
Vertrauensbereich				32,3% - 36,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2014/apo_hh/83295]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

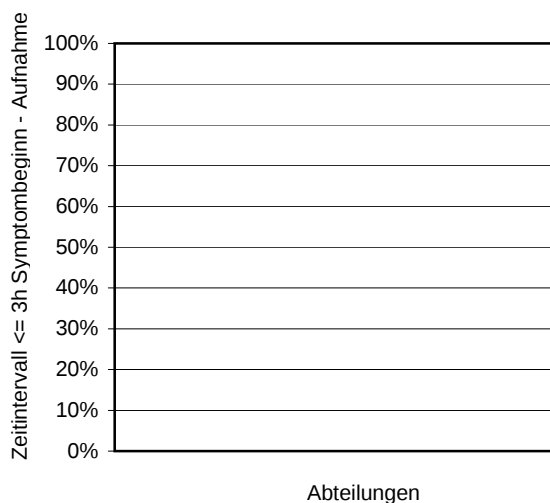
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	19,0	19,0	19,0	32,4	33,5	41,2	44,4	44,4	44,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA 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.	2014/apo_hh/98323
		<= 60 Min.	2014/apo_hh/83303
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2014/apo_hh/98326
		<= 60 Min.	2014/apo_hh/83307
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2014/apo_hh/103490
		<= 60 Min.	2014/apo_hh/103491
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	2014/apo_hh/103499
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	>= 50,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	>= 40,0%
		<= 60 Min.	>= 65,0%
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 50,0%
		<= 60 Min.	>= 65,0%
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	>= 65,0%

	Abteilung 2014 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 50,0%	>= 40,0%	>= 50,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 70,0%	>= 65,0%	>= 65,0%	>= 65,0%

	Abteilung 2014 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 bis 3 Stunden				
> 3 bis 6 Stunden				
> 6 Stunden				
1. Bildgebung vor Aufnahme				
keine Bildgebung erfolgt				

	Gesamt 2014 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	277 / 357 77,6%	94 / 132 71,2%	314 / 406 77,3%	57 / 83 68,7%
Vertrauensbereich	72,9% - 81,8%	62,7% - 78,8%	72,9% - 81,3%	
Referenzbereich	>= 50,0%	>= 40,0%	>= 50,0%	
<= 60 Minuten	325 / 357 91,0%	108 / 132 81,8%	367 / 406 90,4%	66 / 83 79,5%
Vertrauensbereich	87,6% - 93,8%	74,1% - 88,0%	87,1% - 93,1%	69,2% - 87,6%
Referenzbereich	>= 70,0%	>= 65,0%	>= 65,0%	>= 65,0%
> 30 - 60 Minuten	48 / 357 13,4%	14 / 132 10,6%	53 / 406 13,1%	9 / 83 10,8%
> 1 bis 3 Stunden	23 / 357 6,4%	20 / 132 15,2%	27 / 406 6,7%	16 / 83 19,3%
> 3 bis 6 Stunden	6 / 357 1,7%	4 / 132 3,0%	9 / 406 2,2%	1 / 83 1,2%
> 6 Stunden	3 / 357 0,8%	0 / 132 0,0%	3 / 406 0,7%	0 / 83 0,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme	2 / 359 0,6%	4 / 136 2,9%	4 / 410 1,0%	2 / 85 2,4%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 357 0,0%	0 / 132 0,0%	0 / 406 0,0%	0 / 83 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

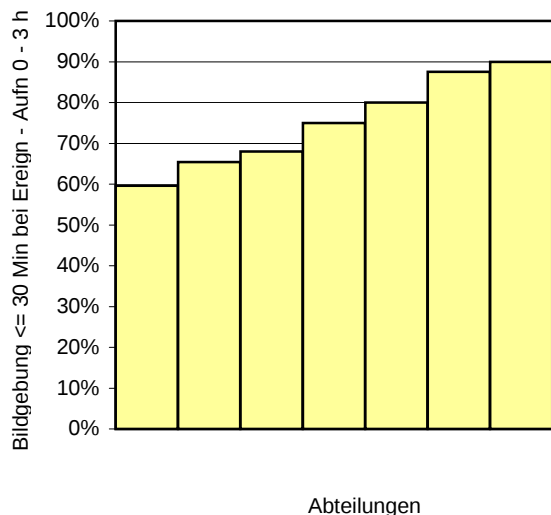
Vorjahresdaten	Gesamt 2013 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	295 / 438 67,4%	126 / 212 59,4%	356 / 535 66,5%	
Vertrauensbereich	62,7% - 71,7%	52,5% - 66,1%	62,4% - 70,5%	
<= 60 Minuten	394 / 438 90,0%	183 / 212 86,3%	479 / 535 89,5%	98 / 115 85,2%
Vertrauensbereich	86,7% - 92,6%	80,9% - 90,7%	86,6% - 92,0%	77,4% - 91,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Indikator-ID 2014/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:

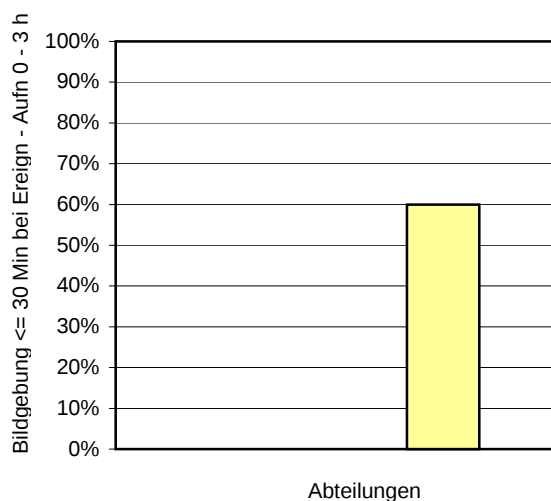
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	59,6	59,6	59,6	65,4	75,0	87,5	90,0	90,0	90,0

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	30,0	60,0	60,0	60,0	60,0

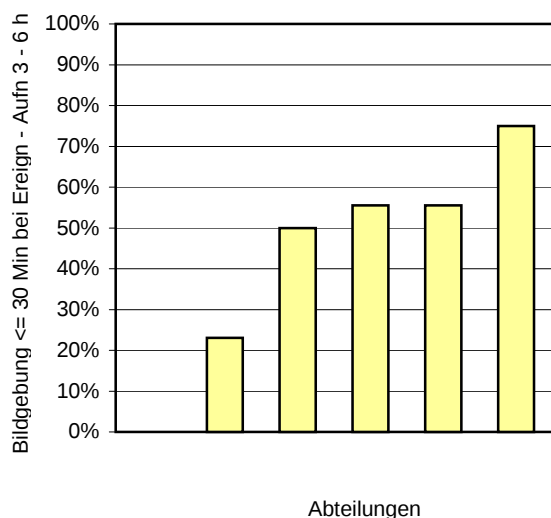
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Indikator-ID 2014/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:

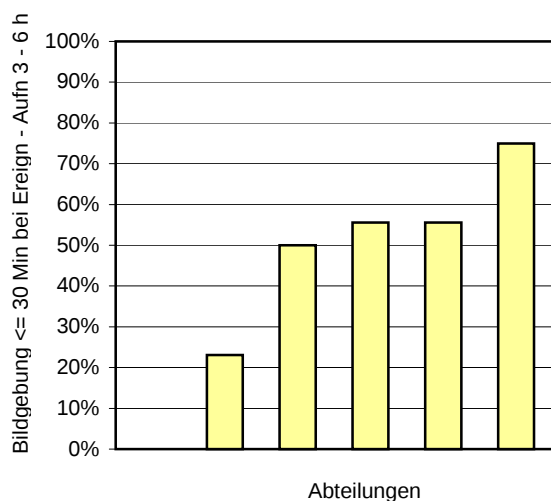
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,2	72,2	72,2	72,2	78,3	96,8	96,8	96,8	96,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	23,1	52,8	55,6	75,0	75,0	75,0

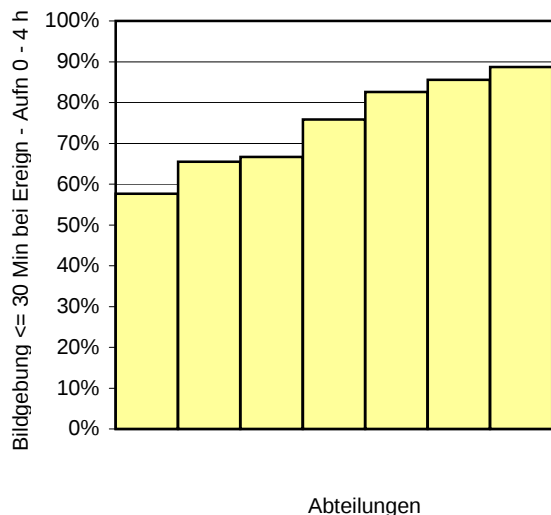
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Indikator-ID 2014/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:

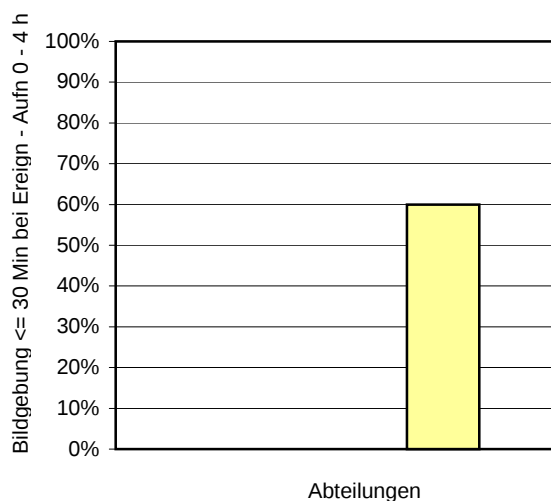
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	57,6	57,6	57,6	65,5	75,9	85,6	88,7	88,7	88,7

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	30,0	60,0	60,0	60,0	60,0

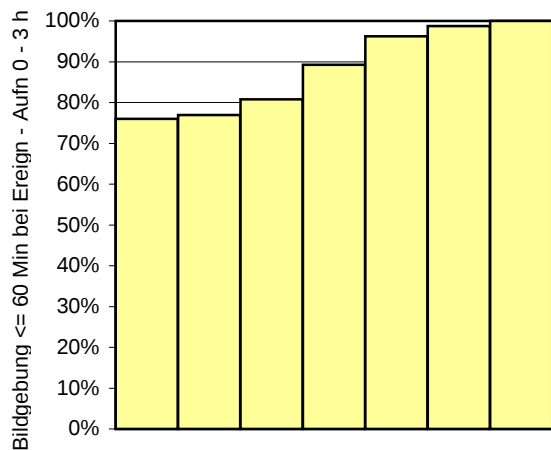
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Indikator-ID 2014/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:

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

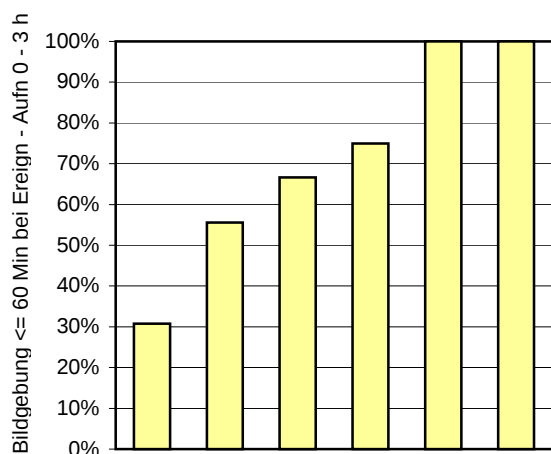


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,0	76,0	76,0	76,9	89,3	98,8	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
	60,0	60,0	60,0	60,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0

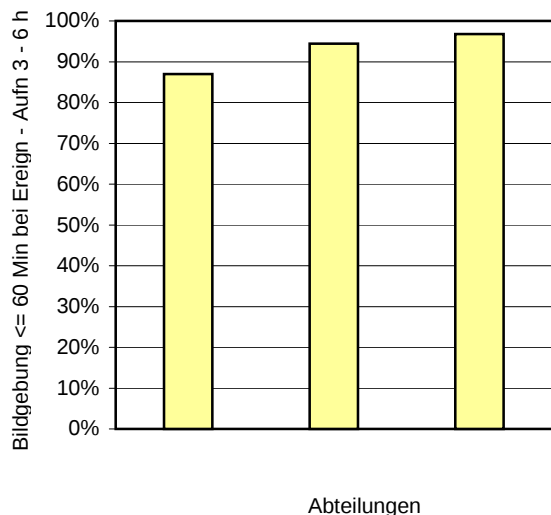
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13e, Indikator-ID 2014/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:

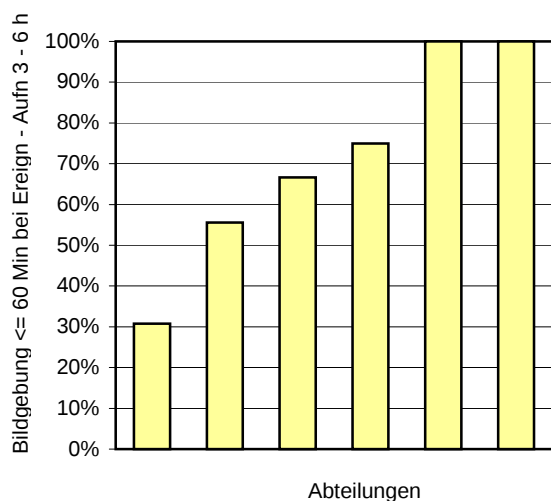
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,0	87,0	87,0	87,0	94,4	96,8	96,8	96,8	96,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	30,8	30,8	30,8	55,6	70,8	100,0	100,0	100,0	100,0

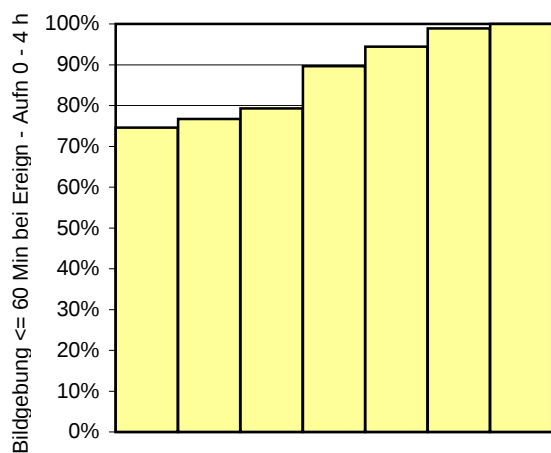
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13f, Indikator-ID 2014/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:

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

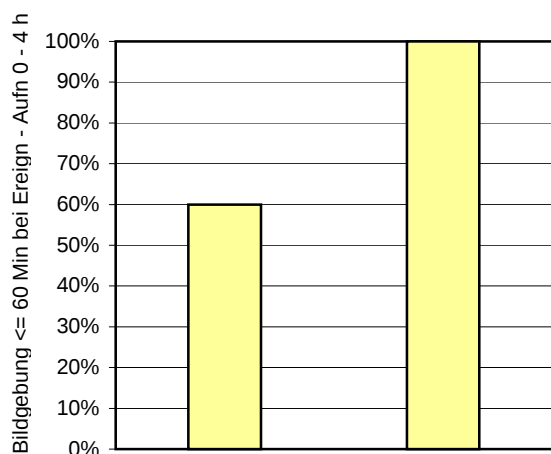


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	74,6	74,6	74,6	76,7	89,7	98,9	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
	60,0	60,0	60,0	60,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0

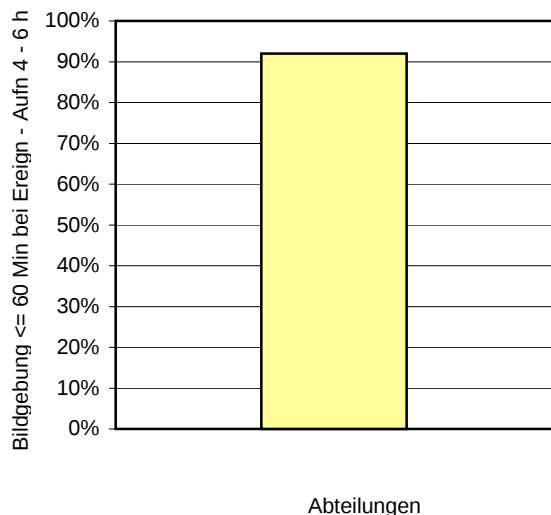
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13g, Indikator-ID 2014/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:

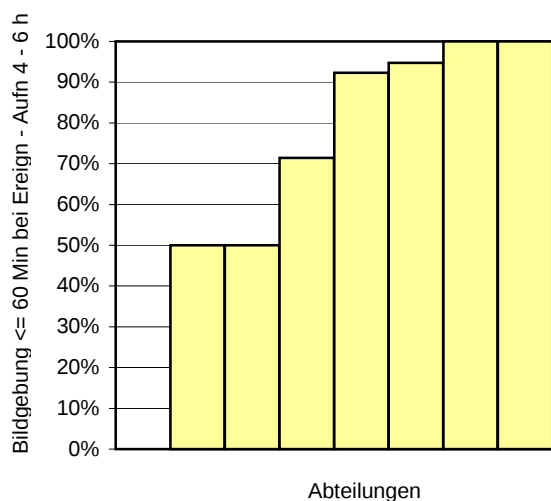
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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	50,0	81,9	97,4	100,0	100,0	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyse

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 3 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 4 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2014/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2014/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2014/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2014/apo_hh/103507	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	$\geq 40,0\%$	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	$\geq 35,0\%$	
	Gruppe 4:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	

Abteilung 2014 I. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich	$\geq 40,0\%$	nicht definiert	$\geq 35,0\%$	nicht definiert
Referenzbereich				

Gesamt 2014 I. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	104 / 178 58,4%	13 / 59 22,0%	113 / 201 56,2%	4 / 36 11,1%
Vertrauensbereich	50,8% - 65,8%	12,2% - 34,8%	49,1% - 63,2%	3,0% - 26,3%
Referenzbereich	$\geq 40,0\%$	nicht definiert	$\geq 35,0\%$	nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich				

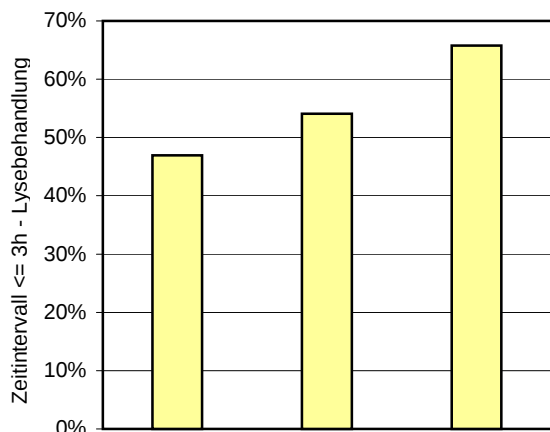
Vorjahresdaten	Gesamt 2013 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	135 / 230 58,7% 52,0% - 65,1%	11 / 116 9,5% 4,8% - 16,4%	145 / 275 52,7% 46,6% - 58,8%	1 / 71 1,4% 0,0% - 7,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Indikator-ID 2014/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:

3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

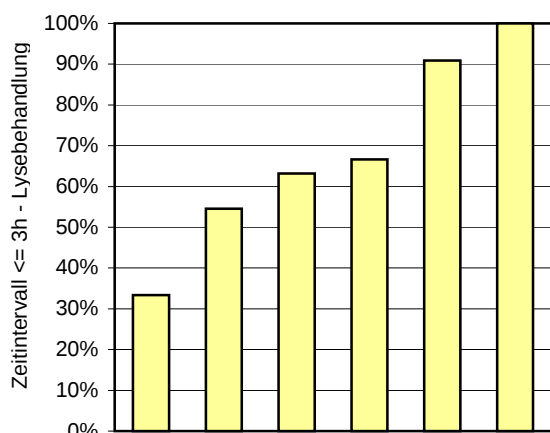


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,9	46,9	46,9	46,9	54,1	65,8	65,8	65,8	65,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	54,5	64,9	90,9	100,0	100,0	100,0

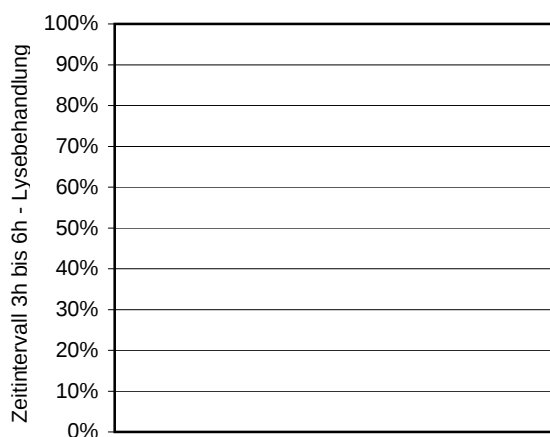
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Indikator-ID 2014/apo_hh/83312]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

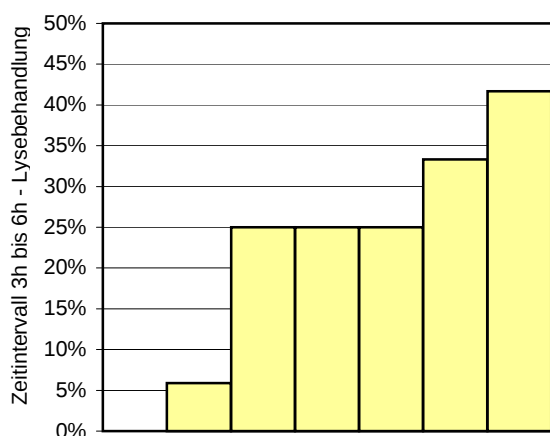


Abteilungen

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	5,9	25,0	33,3	41,7	41,7	41,7

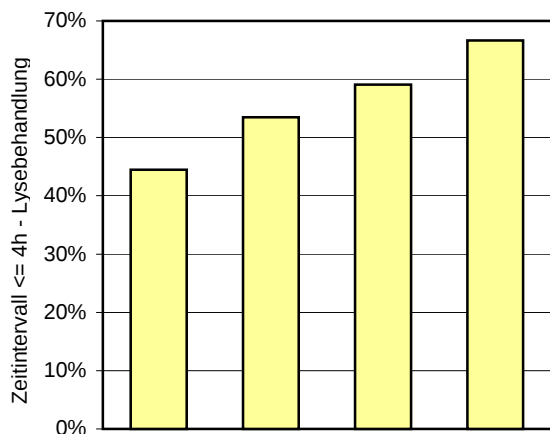
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Indikator-ID 2014/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:

4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

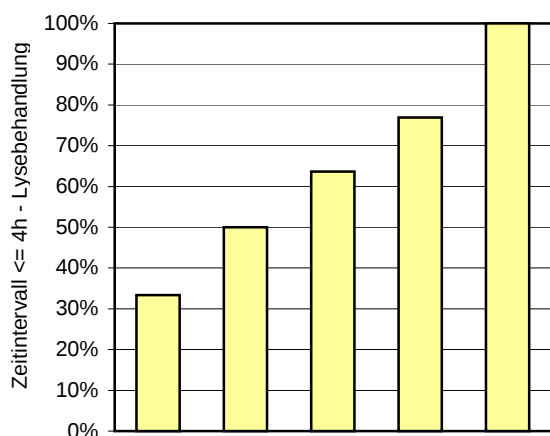


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,4	44,4	44,4	49,0	56,3	62,9	66,7	66,7	66,7

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
	33,3	33,3	33,3	50,0	63,6	76,9	100,0	100,0	100,0

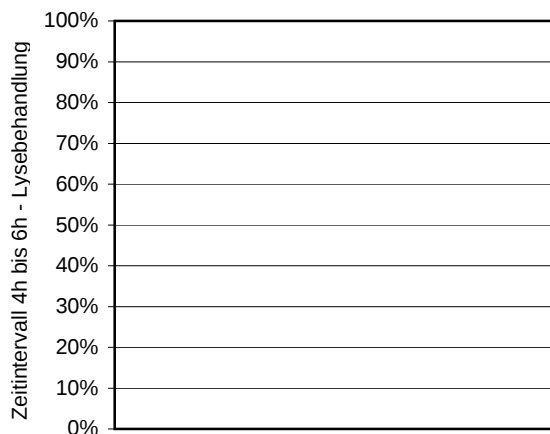
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Indikator-ID 2014/apo_hh/103507]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

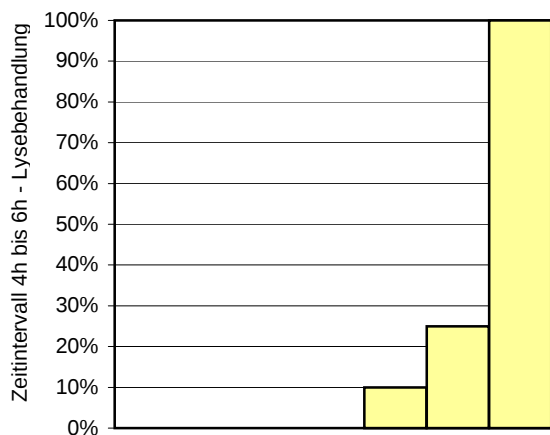


Abteilungen

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	100,0	100,0	100,0

4 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.	2014/apo_hh/83314
		<= 60 Min.	2014/apo_hh/83313
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2014/apo_hh/83321
		<= 60 Min.	2014/apo_hh/83320
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2014/apo_hh/103508
		<= 60 Min.	2014/apo_hh/103509
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	2014/apo_hh/103518
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	>= 20,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	>= 10,0%
		<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 20,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2014 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 20,0%	>= 10,0%	>= 20,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 70,0%	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert

	Abteilung 2014 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 - 2 Stunden				
> 2 - 3 Stunden				
> 3 - 4 Stunden				
> 4 - 6 Stunden				
> 6 Stunden				
keine Lyse durchgeführt				

	Gesamt 2014 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	63 / 116 54,3%	7 / 12 58,3%	68 / 124 54,8%	2 / 4 50,0%
Vertrauensbereich	44,8% - 63,6%	27,6% - 84,9%	45,6% - 63,8%	
Referenzbereich	>= 20,0%	>= 10,0%	>= 20,0%	
<= 60 Minuten	109 / 116 94,0%	10 / 12 83,3%	116 / 124 93,5%	3 / 4 75,0%
Vertrauensbereich	87,9% - 97,6%	51,5% - 98,0%	87,6% - 97,2%	19,4% - 99,4%
Referenzbereich	>= 70,0%	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	46 / 116 39,7%	3 / 12 25,0%	48 / 124 38,7%	1 / 4 25,0%
> 1 - 2 Stunden	5 / 116 4,3%	2 / 12 16,7%	6 / 124 4,8%	1 / 4 25,0%
> 2 - 3 Stunden	1 / 116 0,9%	0 / 12 0,0%	1 / 124 0,8%	0 / 4 0,0%
> 3 - 4 Stunden	1 / 116 0,9%	0 / 12 0,0%	1 / 124 0,8%	0 / 4 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 116 0,0%	0 / 12 0,0%	0 / 124 0,0%	0 / 4 0,0%
> 6 Stunden	0 / 116 0,0%	0 / 12 0,0%	0 / 124 0,0%	0 / 4 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 116 0,0%	0 / 12 0,0%	0 / 124 0,0%	0 / 4 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

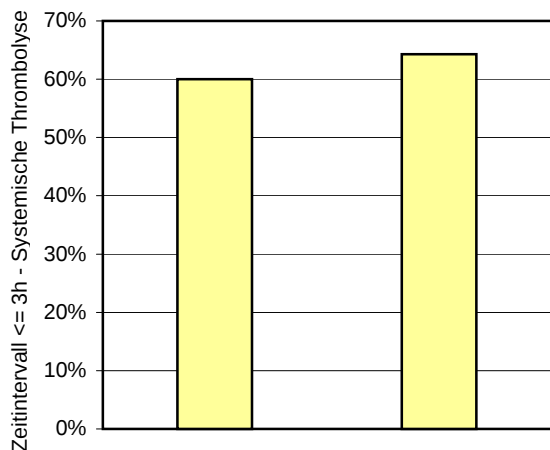
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	57 / 146 39,0%	5 / 13 38,5%	61 / 157 38,9%	
Vertrauensbereich	31,1% - 47,5%	13,8% - 68,5%	31,2% - 47,0%	
<= 60 Minuten	134 / 146 91,8%	12 / 13 92,3%	145 / 157 92,4%	1 / 2 50,0%
Vertrauensbereich	86,0% - 95,7%	63,9% - 99,9%	87,0% - 96,0%	1,2% - 98,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Indikator-ID 2014/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:

2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

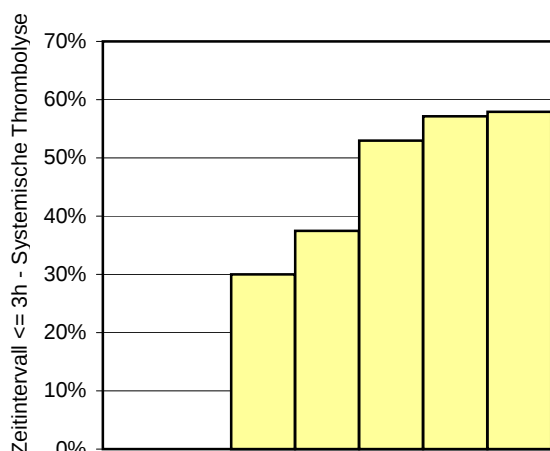


Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	60,0	60,0	60,0	62,1	64,3	64,3	64,3	64,3

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	37,5	57,1	57,9	57,9	57,9

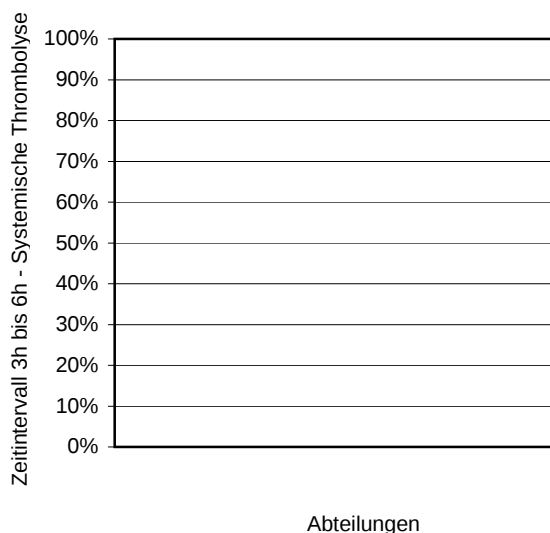
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Indikator-ID 2014/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:

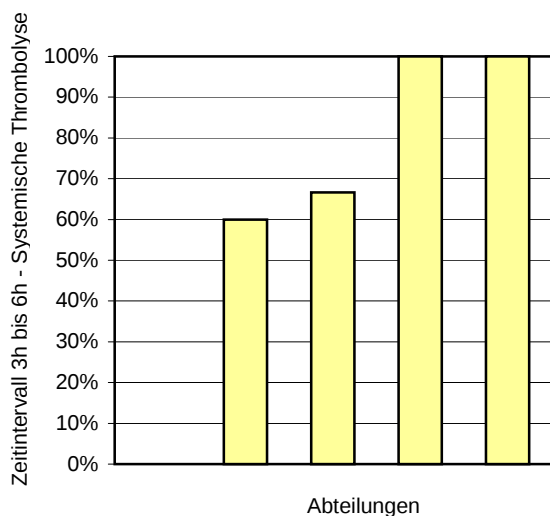
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	60,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0

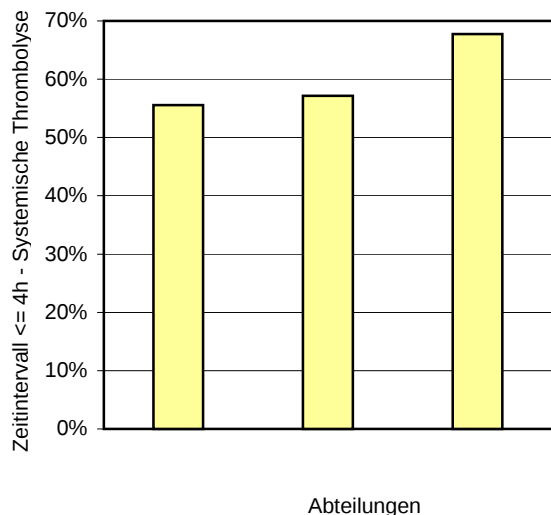
6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Indikator-ID 2014/apo_hh/103508]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

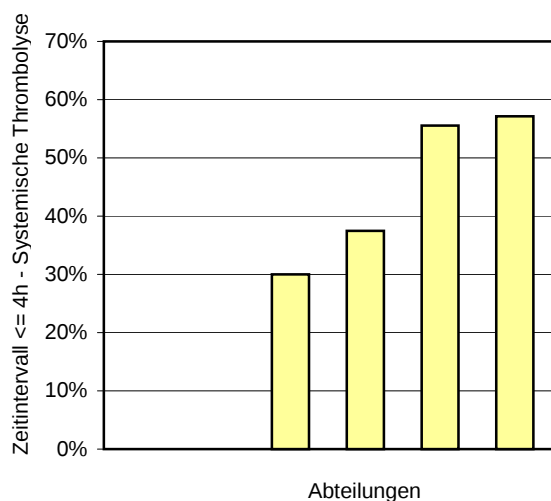
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,6	55,6	55,6	55,6	57,1	67,7	67,7	67,7	67,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	33,8	55,6	57,1	57,1	57,1

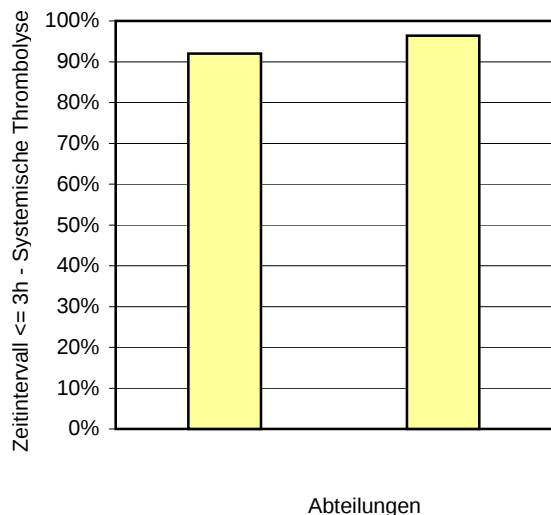
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Indikator-ID 2014/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:

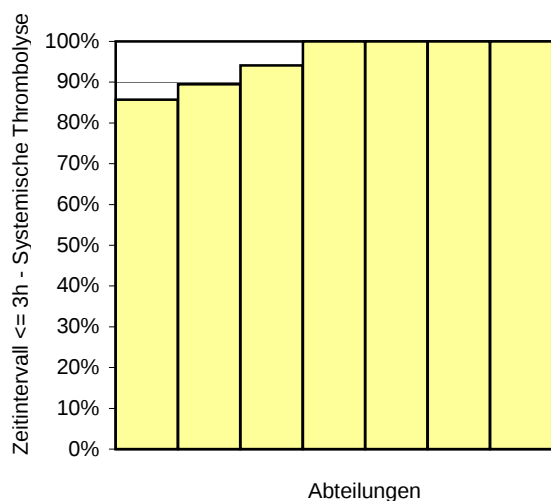
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,0	92,0	92,0	92,0	94,2	96,4	96,4	96,4	96,4

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
	85,7	85,7	85,7	89,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

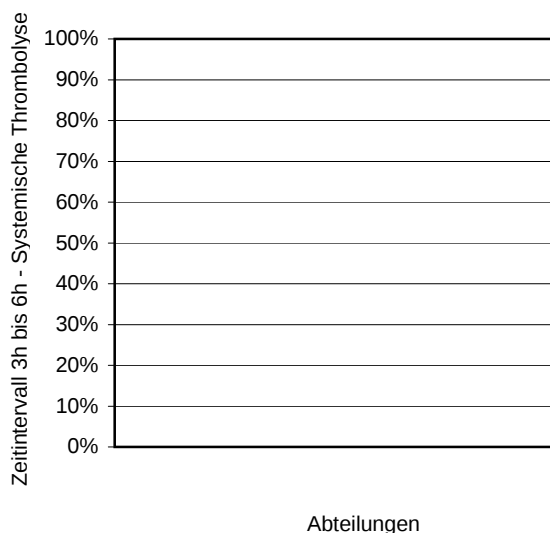
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15e, Indikator-ID 2014/apo_hh/83320]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

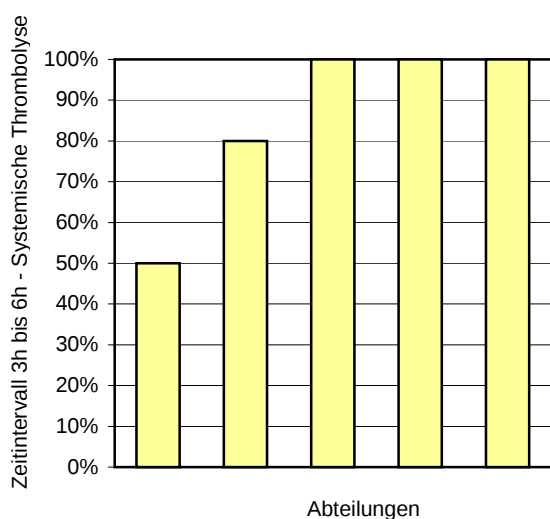
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

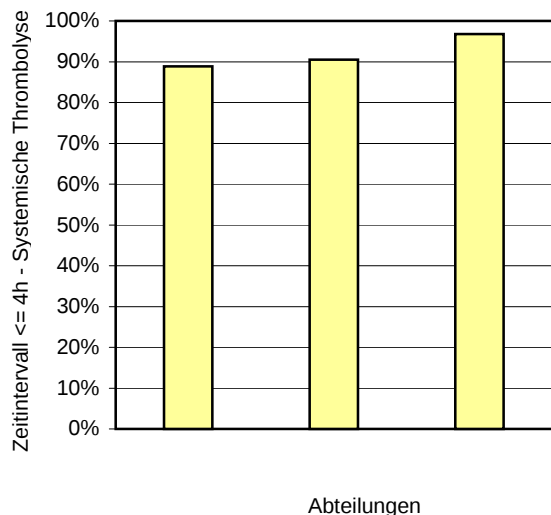
6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15f, Indikator-ID 2014/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:

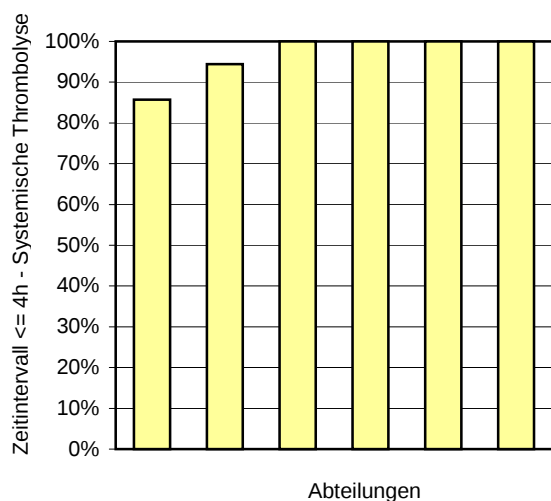
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,9	88,9	88,9	88,9	90,5	96,8	96,8	96,8	96,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	85,7	85,7	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

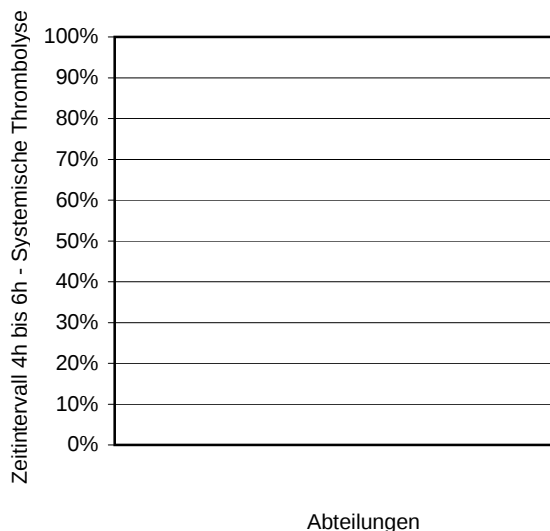
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15g, Indikator-ID 2014/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:

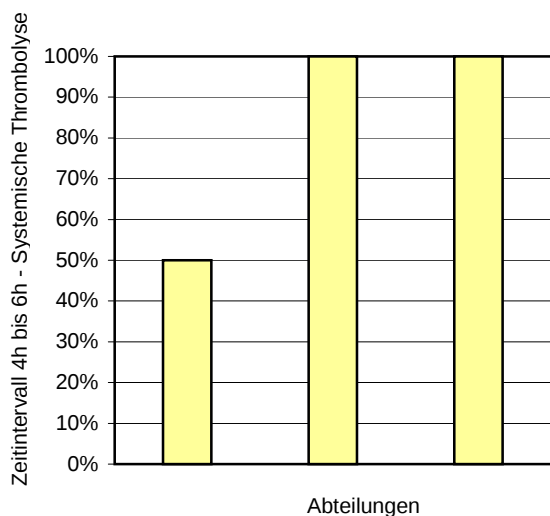
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2014/apo_hh/83372

Referenzbereich: $\geq 40,0\%$

	Abteilung 2014 I. Qu.	Gesamt 2014 I. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		844 / 1.614 52,3%
Vertrauensbereich		49,8% - 54,8%
Referenzbereich	$\geq 40,0\%$	$\geq 40,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2013 I. Qu.	Gesamt 2013 I. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.062 / 2.133 49,8%
Vertrauensbereich		47,6% - 51,9%

Abteilung 2014 I. Qu.

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

Gesamt 2014 I. Qu.

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	283 17,5%	151 9,4%	102 6,3%	39 2,4%	20 1,2%	4 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	15 0,9%	86 5,3%	125 7,7%	70 4,3%	23 1,4%	6 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,3%	8 0,5%	73 4,5%	119 7,4%	35 2,2%	11 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	10 0,6%	68 4,2%	69 4,3%	30 1,9%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	1 0,1%	3 0,2%	9 0,6%	39 2,4%	40 2,5%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,1%	1 0,1%	2 0,1%	12 0,7%	87 5,4%
6 Tod	0 0,0%	1 0,1%	1 0,1%	3 0,2%	6 0,4%	53 3,3%
	Rankin bei Entlassung					

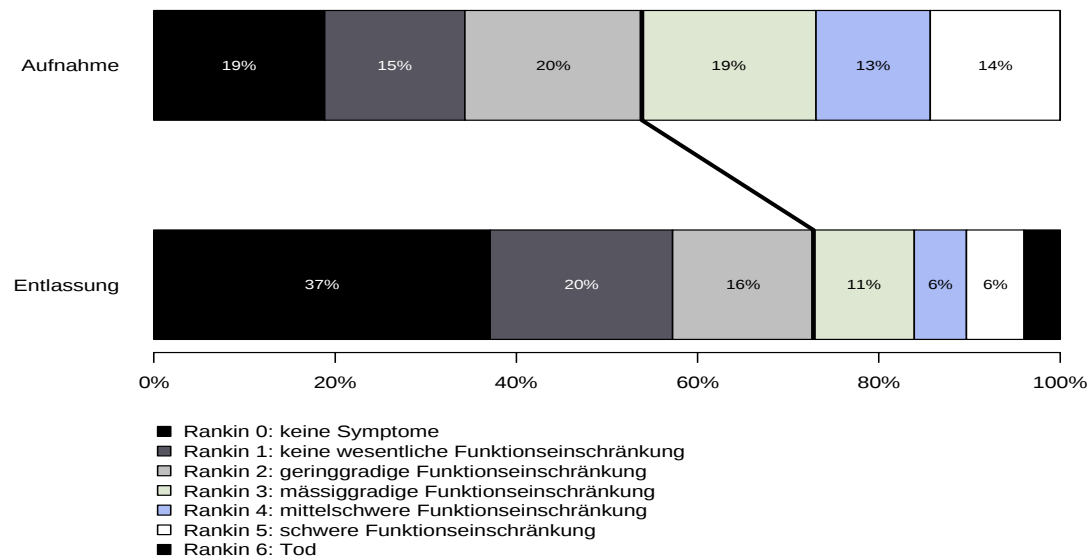
Vorjahresdaten
Abteilung 2013 I. Qu.

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

Vorjahresdaten
Gesamt 2013 I. Qu.

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	285 13,4%	194 9,1%	117 5,5%	48 2,3%	19 0,9%	9 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	14 0,7%	144 6,8%	151 7,1%	86 4,0%	36 1,7%	7 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,2%	16 0,8%	111 5,2%	159 7,5%	37 1,7%	12 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	7 0,3%	18 0,8%	85 4,0%	95 4,5%	24 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	4 0,2%	10 0,5%	79 3,7%	68 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,0%	5 0,2%	6 0,3%	18 0,8%	138 6,5%
6 Tod	1 0,0%	2 0,1%	4 0,2%	5 0,2%	11 0,5%	99 4,6%
	Rankin bei Entlassung					

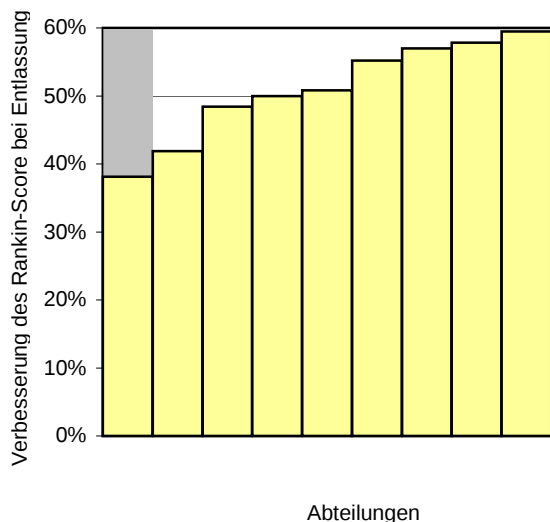
Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

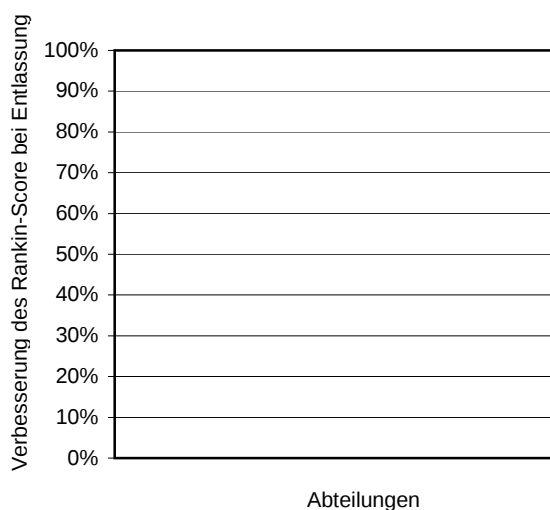
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Indikator-ID 2014/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung

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
	38,1	38,1	38,1	48,4	50,8	57,0	59,5	59,5	59,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.056	100,0	2.750	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			2.056		2.750	

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

Patienten

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.614		2.133	
Median			75,0		76,0	
Geschlecht						
männlich			832	51,5	1.057	49,6
weiblich			782	48,5	1.076	50,4

Aufnahme

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.220	75,6	1.631	76,5
Sonnabend oder Sonntag			394	24,4	502	23,5
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			754	46,7	1.100	51,6
nein			842	52,2	1.001	46,9
nicht bestimmbar			18	1,1	32	1,5
Sprachstörung						
ja			381	23,6	555	26,0
nein			1.194	74,0	1.510	70,8
nicht bestimmbar			39	2,4	68	3,2
Sprechstörung						
ja			509	31,5	710	33,3
nein			1.052	65,2	1.321	61,9
nicht bestimmbar			53	3,3	102	4,8
Schluckstörung						
ja			275	17,0	416	19,5
nein			1.265	78,4	1.610	75,5
nicht bestimmbar			74	4,6	107	5,0
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.500	92,9	1.907	89,4
somnolent-stuporös			81	5,0	159	7,5
komatös			33	2,0	67	3,1
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			156	9,7	178	8,3
> 1 - <= 2 Stunden			265	16,4	321	15,0
> 2 - <= 3 Stunden			178	11,0	234	11,0
> 3 - <= 3,5 Stunden			60	3,7	112	5,3
> 3,5 - <= 4 Stunden			42	2,6	74	3,5
> 4 - <= 6 Stunden			137	8,5	205	9,6
> 6 - <= 24 Stunden			275	17,0	370	17,3
> 24 - <= 48 Stunden			122	7,6	141	6,6
> 48 Stunden			207	12,8	265	12,4
unbekannt			84	5,2	139	6,5
wake up stroke			88	5,5	94	4,4

Diagnostik

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.529	94,7	2.002	93,9
Bildgebung-MRT nach Ereignis			1.006	62,3	1.302	61,0
Frische Läsion in der Bildgebung			913	56,6	1.223	57,3
Schlucktest nach Protokoll			1.367	84,7	1.803	84,5
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			189	11,7	252	11,8
>= 1 - 24 Stunden			433	26,8	523	24,5
> 24 Stunden			992	61,5	1.358	63,7
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.520	94,2	1.965	92,1
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.500	92,9	1.948	91,3
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			357	22,1	453	21,2
früherer Schlaganfall			455	28,2	658	30,8
Vorhofflimmern			434	26,9	562	26,3
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.450		1.823	
Pneumonie			68		122	
erhöhter Hirndruck			38		54	
andere Komplikationen			85		194	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			956	59,2	1.266	59,4
TIA			539	33,4	718	33,7
ICB			119	7,4	149	7,0
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			262	16,2	425	19,9
gelegentlicher Verlust			141	8,7	251	11,8
kontinent			1.211	75,0	1.457	68,3
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			289	17,9	429	20,1
grosse Unterstützung			175	10,8	260	12,2
geringe Unterstützung			254	15,7	417	19,5
vollständig selbstständig			896	55,5	1.027	48,1
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			336	20,8	508	23,8
grosse Unterstützung			201	12,5	274	12,8
geringe Unterstützung			270	16,7	417	19,5
vollständig selbstständig			807	50,0	934	43,8
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			176	10,9	285	13,4
gelegentlicher Verlust			108	6,7	204	9,6
kontinent			1.266	78,4	1.522	71,4
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			147	9,1	207	9,7
grosse Unterstützung			90	5,6	162	7,6
geringe Unterstützung			134	8,3	275	12,9
vollständig selbstständig			1.179	73,0	1.367	64,1
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			176	10,9	243	11,4
grosse Unterstützung			98	6,1	181	8,5
geringe Unterstützung			177	11,0	322	15,1
vollständig selbstständig			1.099	68,1	1.265	59,3

Rankin Skala

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			304	18,8	306	14,3
Rankin 1			250	15,5	366	17,2
Rankin 2			315	19,5	410	19,2
Rankin 3			310	19,2	399	18,7
Rankin 4			204	12,6	295	13,8
Rankin 5			231	14,3	357	16,7
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			599	37,1	672	31,5
Rankin 1			325	20,1	438	20,5
Rankin 2			251	15,6	340	15,9
Rankin 3			179	11,1	229	10,7
Rankin 4			93	5,8	164	7,7
Rankin 5			103	6,4	168	7,9
Tod			64	4,0	122	5,7

Rehabilitation

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.111	68,8	1.469	68,9
> Tag 2 nach Aufnahme			25	1,5	67	3,1
keine			478	29,6	597	28,0
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.484	91,9	1.897	88,9
> Tag 2 nach Aufnahme			36	2,2	102	4,8
keine			94	5,8	134	6,3
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.303	80,7	1.763	82,7
> Tag 2 nach Aufnahme			24	1,5	79	3,7
keine			287	17,8	291	13,6

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			372	23,0	494	23,2
Beatmung			62	3,8	104	4,9
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.253	77,6	1.649	77,3
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.166	72,2	1.523	71,4
Thromboseprophylaxe			1.508	93,4	1.948	91,3

Entlassung

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			1.594	98,8	2.093	98,1
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.433	88,8	1.812	85,0
Entlassungsart						
verstorben			64	4,0	122	5,7
nach Hause			963	59,7	1.150	53,9
Pflegeeinrichtung/Heim			107	6,6	179	8,4
andere Abteilung			40	2,5	79	3,7
externe (Akut)Klinik			24	1,5	39	1,8
Reha-Klinik			416	25,8	564	26,4
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.614	100,0	2.133	100,0
Mittelwert				7,4		8,5
Median				6,0		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			138	8,6	181	8,5
Lyse i.a.			31	1,9	23	1,1
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			78	4,8	71	3,3
> 30 - <= 60 Minuten			54	3,3	101	4,7
> 1 - <= 2 Stunden			14	0,9	10	0,5
> 2 - <= 3 Stunden			1	0,1	4	0,2
> 3 - <= 4 Stunden			1	0,1	0	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	2	0,1
keine Lyse durchgeführt			1.466	90,8	1.945	91,2
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			852	52,8	898	42,1
> 30 - <= 60 Minuten			307	19,0	628	29,4
> 1 - <= 3 Stunden			281	17,4	381	17,9
> 3 - <= 6 Stunden			81	5,0	93	4,4
> 6 Stunden			33	2,0	62	2,9
1. Bildgebung vor Aufnahme			60	3,7	66	3,1
keine Bildgebung erfolgt			0	0,0	5	0,2
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			861	53,3	1.042	48,9
3 - 8 (mittel)			477	29,6	655	30,7
9 - 20 (schwerwiegend)			205	12,7	320	15,0
> 20 (sehr schwerwiegend)			58	3,6	96	4,5
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2014 I. Qu.		Gesamt 2014 I. Qu.		Gesamt 2013 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			1.104	68,4	1.418	66,5
Hypercholesterinämie			806	49,9	909	42,6
keine Angabe			235	14,6	395	18,5
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.037	64,3	1.099	51,5
Antihypertensiva			1.109	68,7	1.331	62,4
Antidiabetika			259	16,0	313	14,7
keine Angabe			220	13,6	470	22,0
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.168	72,4	1.408	66,0
Pflege zu Hause			122	7,6	220	10,3
Pflege in Institution			129	8,0	206	9,7
keine Angabe			195	12,1	299	14,0

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 Krankenhauseergebnisse (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 2014.

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 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 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 2013 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 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.

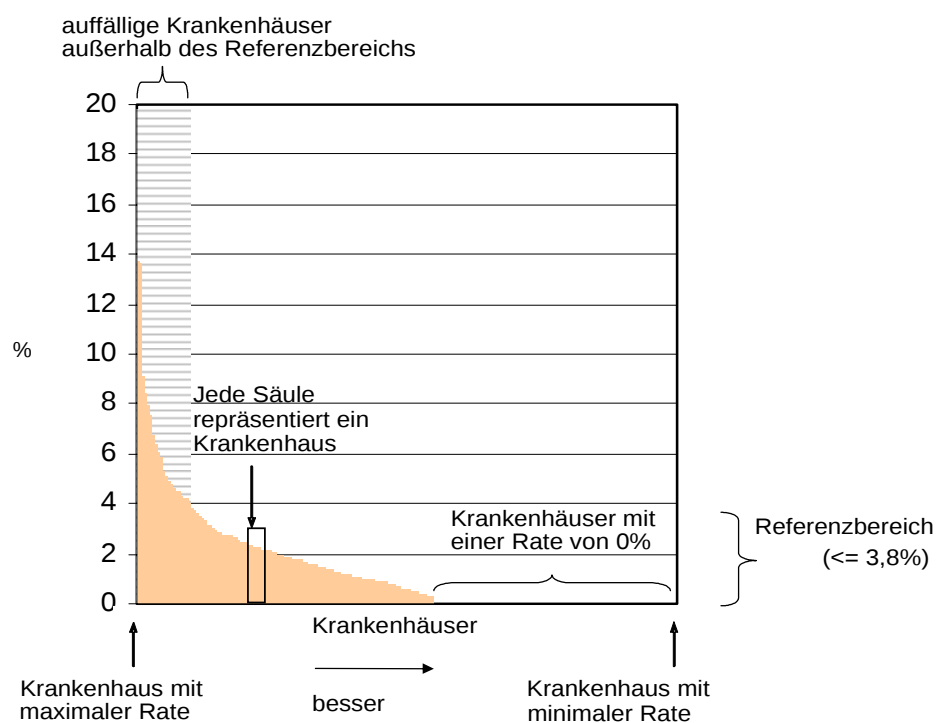
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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