

Jahresauswertung 2016 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.440
Datensatzversion: apo_hh 2016 2.0
Datenbankstand: 03. Februar 2017
2016 - D16705-L104636-P50475

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 375
D-20537 Hamburg

Kontakt:
Tel.: 040 / 25 40 78-40
E-Mail: info@bqs.de
URL: www.bqs.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. - IV. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen für die Vorjahresdaten in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2015 im I. - IV. 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)			87,4%	>= 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			89,4%	>= 80,0%	12
2016/apo_hh/83286					
QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			95,9%	>= 90,0%	14
2016/apo_hh/83287					
QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,4%	>= 90,0%	16
2016/apo_hh/83288					
QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			87,5%	>= 75,0%	18
2016/apo_hh/83290					
QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			89,5%	>= 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			98,0%	>= 90,0%	24
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2016/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,1%	<= 0,5%	26
2016/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			2,8%	<= 4,0%	26
2016/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			18,8%	<= 25,0%	26
2016/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			86,8%	>= 80,0%	31
2016/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			35,1%	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			77,9%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/98326 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			70,4%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/103490 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			77,6%	>= 60,0%	35
2016/apo_hh/83303 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			92,8%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/83307 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			90,0%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/103491 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			92,7%	>= 75,0%	35
2016/apo_hh/103499 > 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			88,4%	nicht definiert	35

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyserate					
2016/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			70,2%	nicht definiert	46
2016/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. > 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			36,0%	nicht definiert	46
2016/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			67,6%	>= 45,0%	46
2016/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. > 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			23,3%	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			57,6%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83321 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			53,7%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			57,3%	>= 30,0%	52
2016/apo_hh/83313 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			94,9%	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			94,4%	>= 80,0%	52
2016/apo_hh/103518 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			90,2%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83372 QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			50,1%	>= 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		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			7.805 / 8.933	87,4% 86,7% - 88,1% >= 60,0%

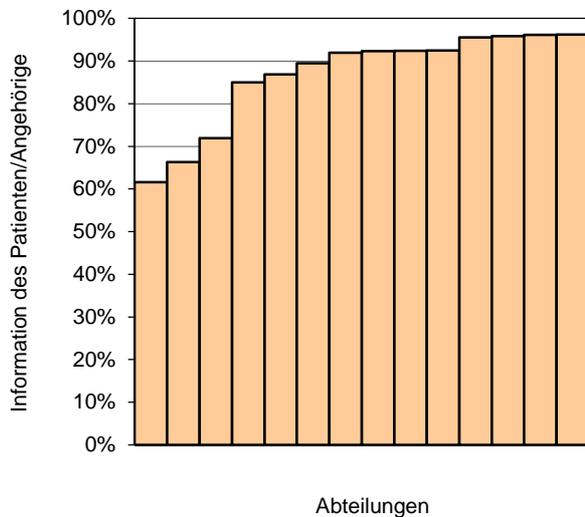
Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			8.020 / 8.968	89,4% 88,8% - 90,1%

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:

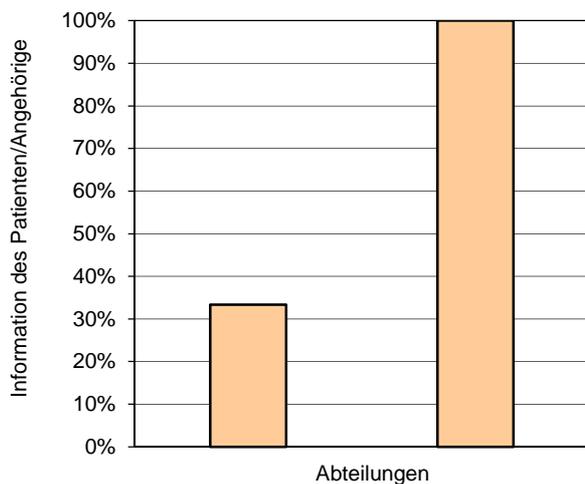
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,6	61,6	66,3	85,0	92,1	95,6	96,2	96,2	96,2

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
	33,3	33,3	33,3	33,3	66,7	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		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			2.798 / 3.066	91,3%
Vertrauensbereich				90,2% - 92,2%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

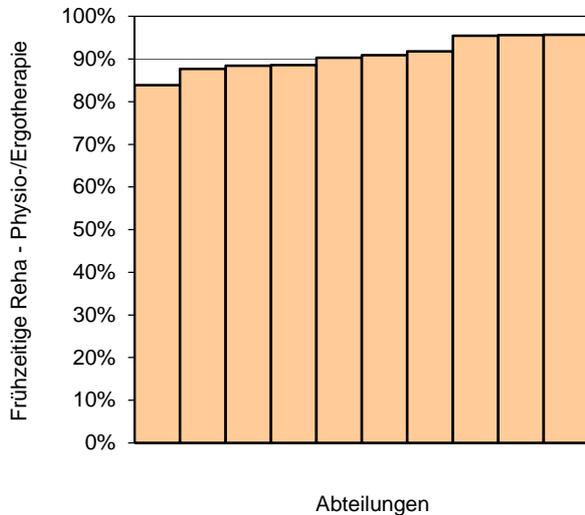
Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			2.763 / 2.979	92,7%
Vertrauensbereich				91,8% - 93,7%

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:

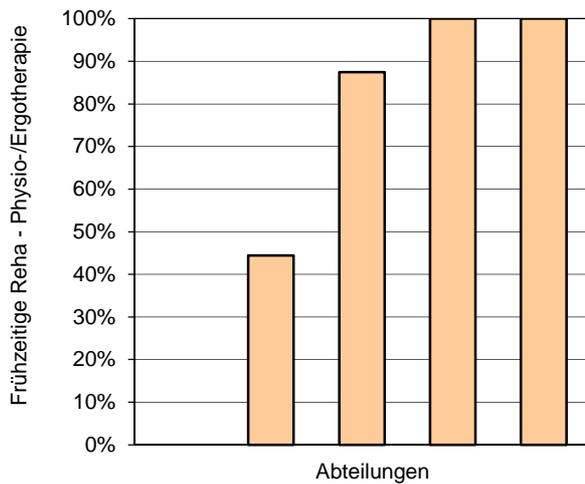
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,9	83,9	85,8	88,5	90,6	95,5	95,7	95,7	95,7

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	44,4	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0

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: 2016/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 80,0%

	Abteilung 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			3.191 / 3.569	89,4%
Vertrauensbereich				88,4% - 90,4%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

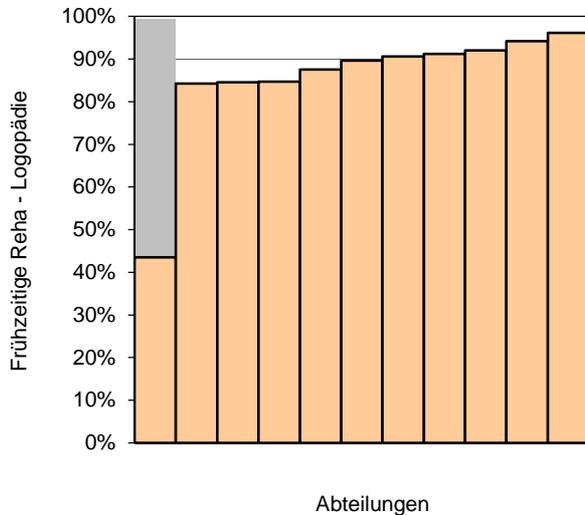
Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			3.127 / 3.469	90,1%
Vertrauensbereich				89,1% - 91,1%

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:

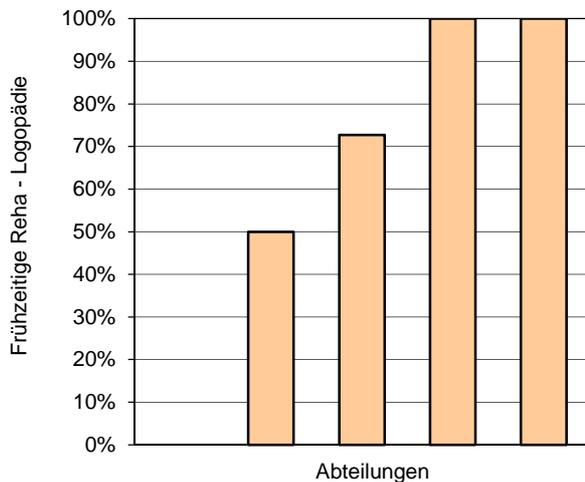
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	43,5	43,5	84,3	84,6	89,7	92,0	94,2	96,2	96,2

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	50,0	72,7	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			4.629 / 4.827	95,9%
Vertrauensbereich				95,3% - 96,4%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

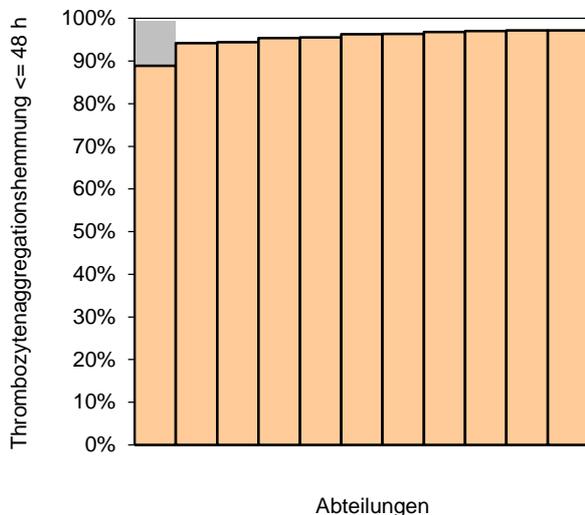
Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			4.605 / 4.744	97,1%
Vertrauensbereich				96,5% - 97,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2016/apo_hh/83286]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

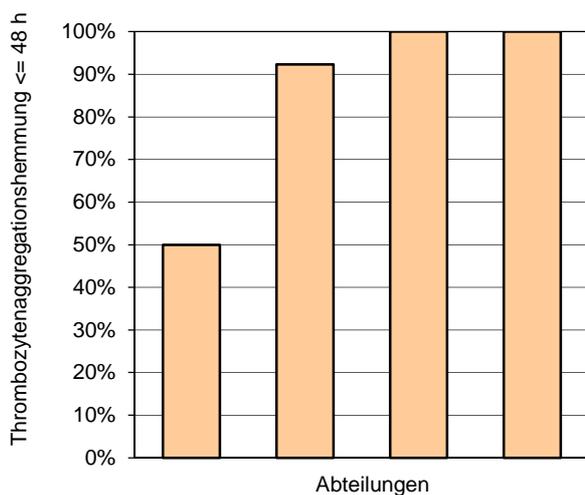
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,9	88,9	94,2	94,4	96,3	97,0	97,2	97,2	97,2

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
	50,0	50,0	50,0	71,2	96,2	100,0	100,0	100,0	100,0

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: 2016/apo_hh/83287

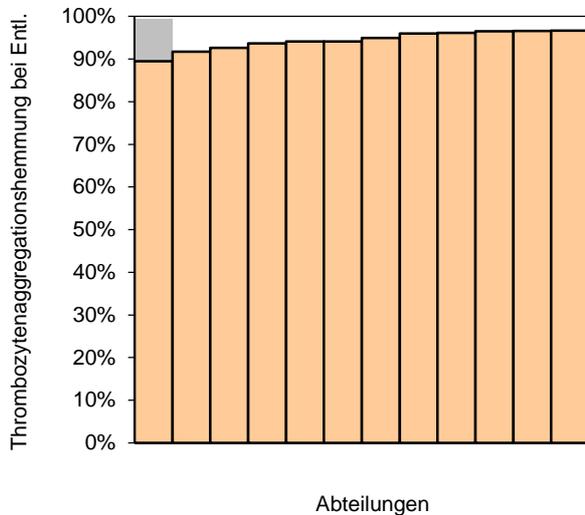
Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			6.050 / 6.411	94,4%
Vertrauensbereich				93,8% - 94,9%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			6.102 / 6.450	94,6%
Vertrauensbereich				94,0% - 95,1%

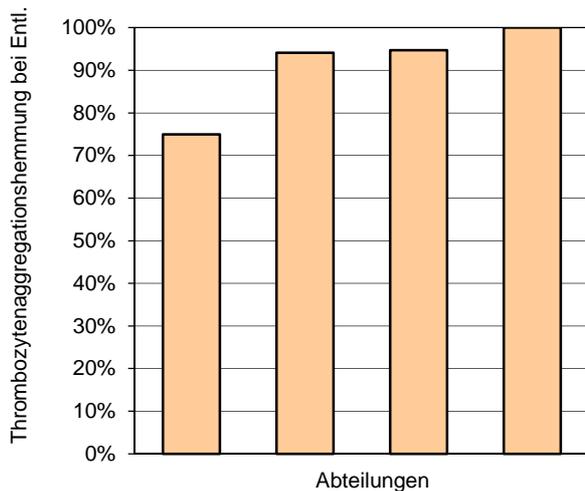
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2016/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Antikoagulation und Patienten < 18 Jahre)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,5	89,5	91,7	93,1	94,6	96,4	96,6	96,7	96,7

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	84,6	94,4	97,4	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: >= 75,0%

	Abteilung 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.220 / 1.395	87,5%
Vertrauensbereich				85,6% - 89,1%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

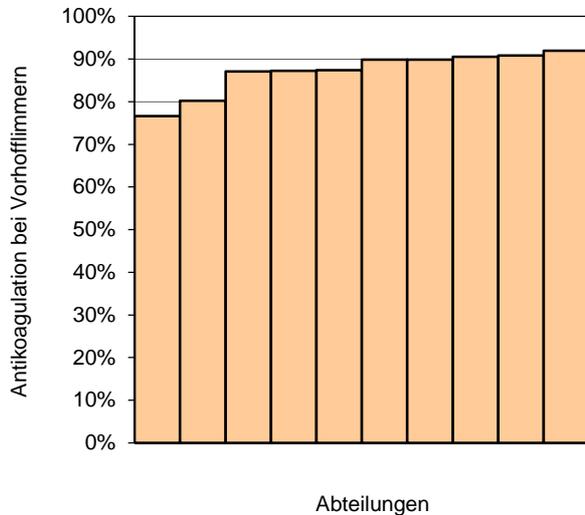
Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.275 / 1.435	88,9%
Vertrauensbereich				87,1% - 90,4%

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:

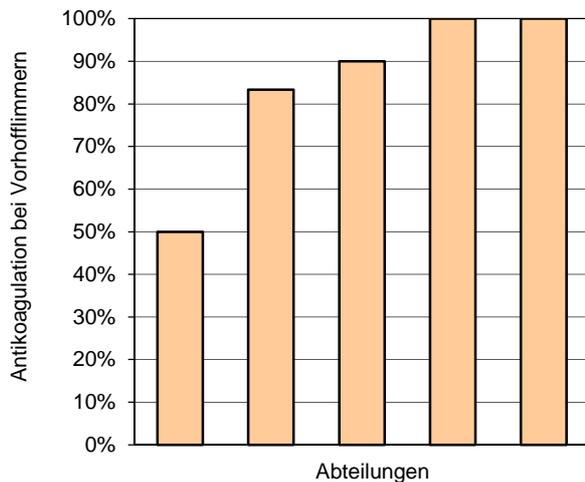
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,6	76,6	78,4	87,1	88,6	90,5	91,4	91,9	91,9

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
	50,0	50,0	50,0	83,3	90,0	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: 2016/apo_hh/83290

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.933 / 4.396	89,5%
Vertrauensbereich				88,5% - 90,4%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

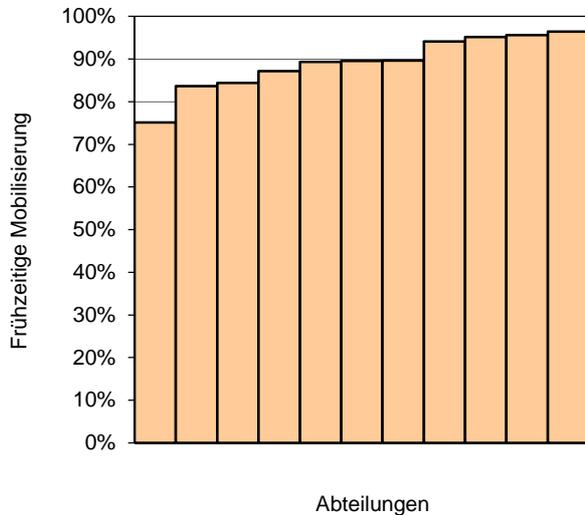
Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.860 / 4.288	90,0%
Vertrauensbereich				89,1% - 90,9%

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:

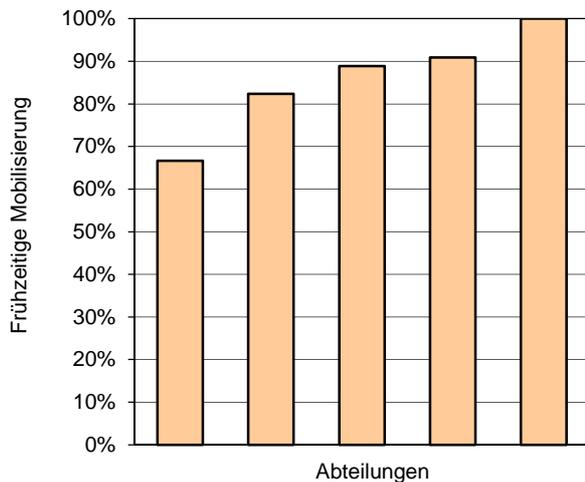
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,1	75,1	83,6	84,4	89,6	95,2	95,7	96,4	96,4

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
	66,7	66,7	66,7	82,4	88,9	90,9	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

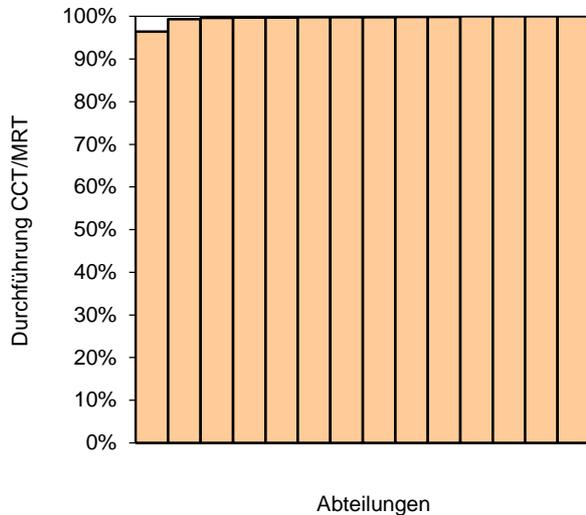
Referenzbereich: >= 95,0%

	Abteilung 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall Vertrauensbereich Referenzbereich			9.335 / 9.358	99,8% 99,6% - 99,8% >= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall Vertrauensbereich			9.353 / 9.366	99,9% 99,8% - 99,9%

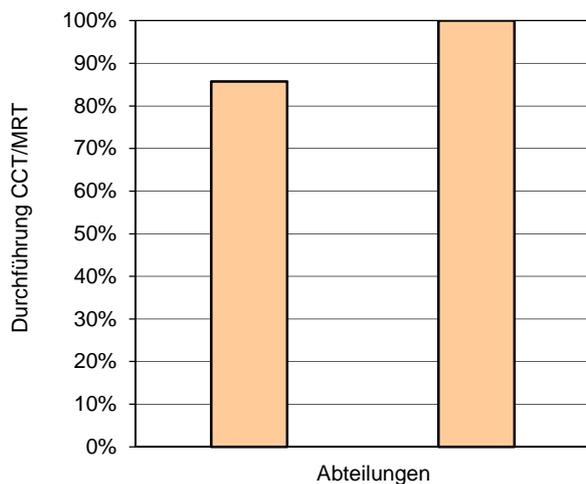
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2016/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,4	96,4	99,4	99,7	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	85,7	85,7	85,7	92,9	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

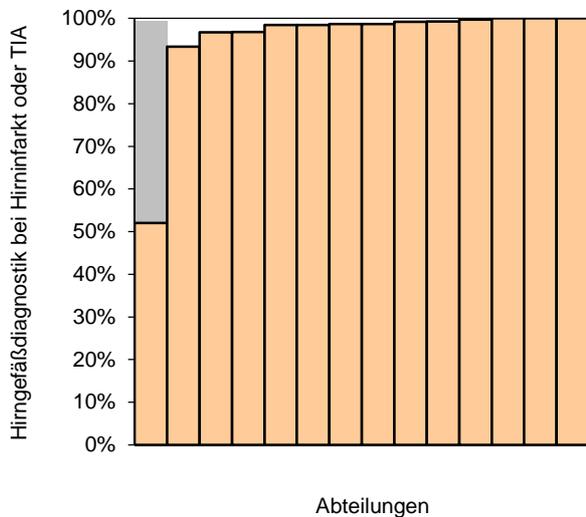
Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			8.539 / 8.710	98,0%
Vertrauensbereich				97,7% - 98,3%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			8.573 / 8.766	97,8%
Vertrauensbereich				97,5% - 98,1%

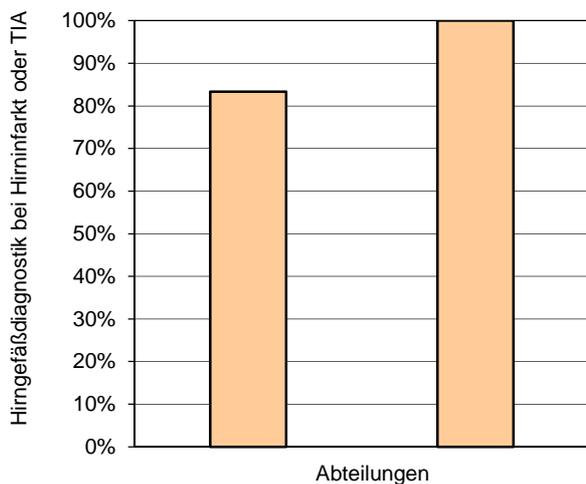
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2016/apo_hh/83292]:
Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,0	52,0	93,4	96,8	98,7	99,7	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
	83,3	83,3	83,3	83,3	91,7	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		
	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%

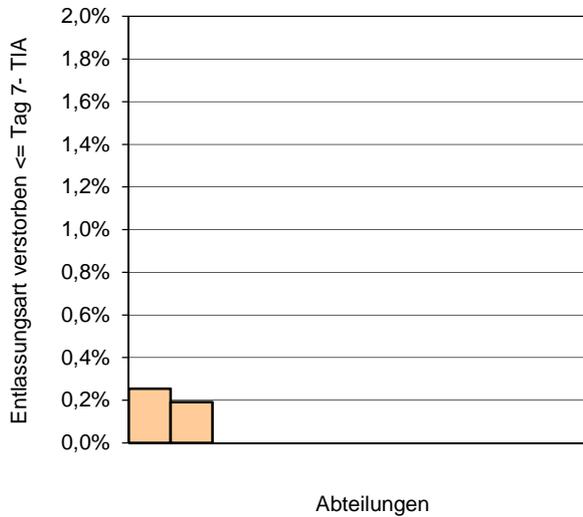
	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	2 / 2.817 0,1%	164 / 5.893 2,8%	122 / 648 18,8%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,3%	2,4% - 3,2%	15,9% - 22,1%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015		
	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		
	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	4 / 2.977 0,1% 0,0% - 0,3%	169 / 5.789 2,9% 2,5% - 3,4%	105 / 600 17,5% 14,5% - 20,8%

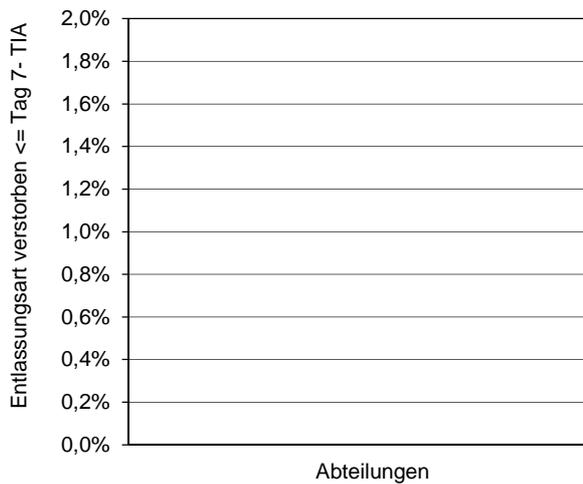
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2016/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
11 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	0,2	0,3	0,3

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

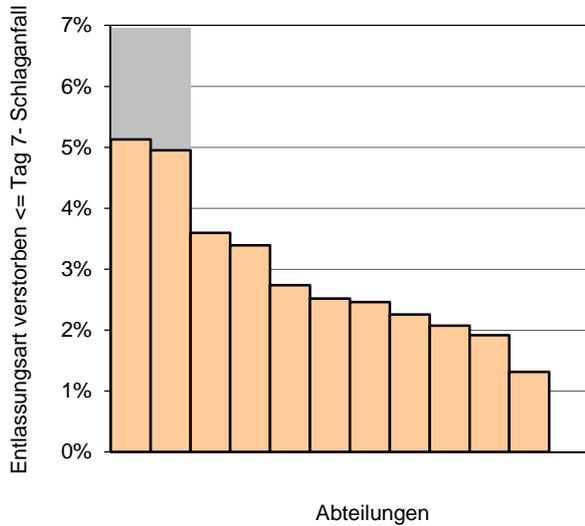


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

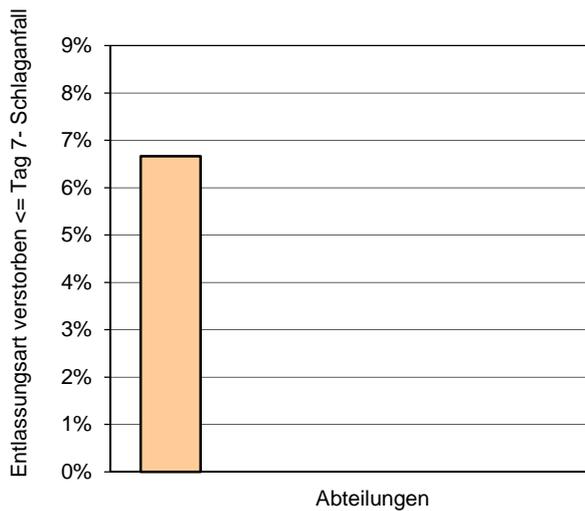
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2016/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

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



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

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

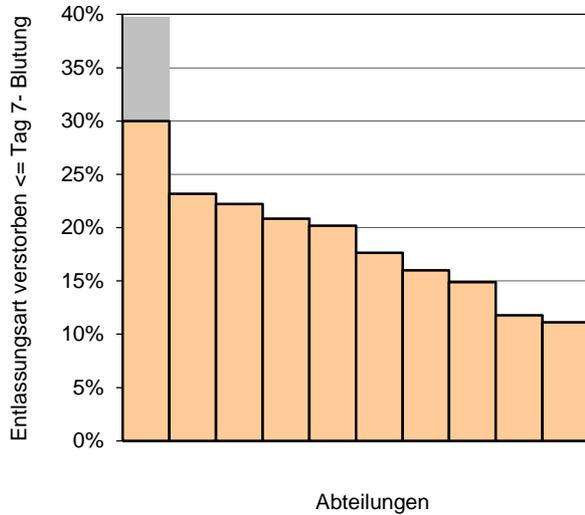


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	6,7	6,7	6,7

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

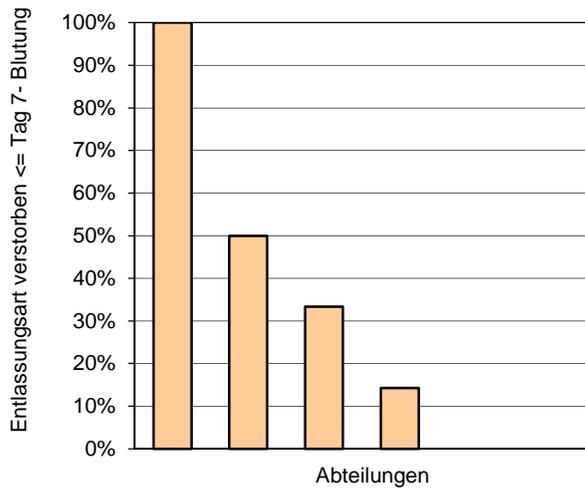
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Indikator-ID 2016/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,1	11,1	11,4	14,9	18,9	22,2	26,6	30,0	30,0

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	23,8	50,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

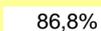
Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

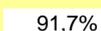
Qualitätsziel: Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schlaganfall
(Ausschluss: Patienten mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen)

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 80,0%

	Abteilung 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.716 / 5.436	 86,8%
Vertrauensbereich				85,8% - 87,6%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

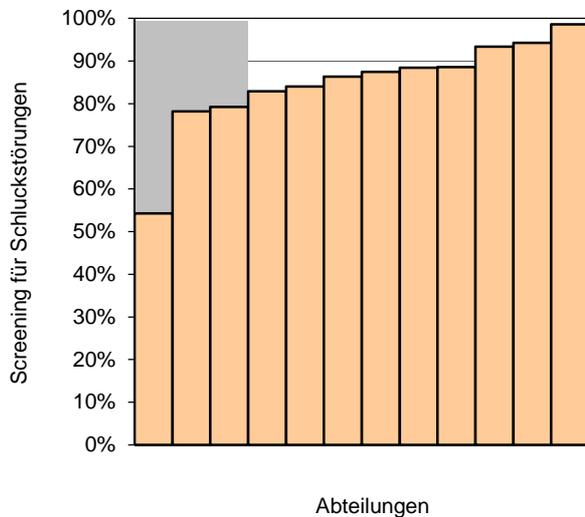
Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.878 / 5.317	 91,7%
Vertrauensbereich				91,0% - 92,5%

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:

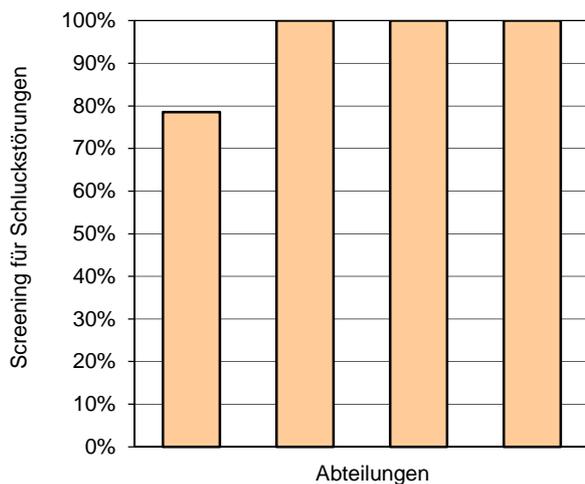
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	54,3	54,3	78,2	81,1	86,9	91,0	94,3	98,6	98,6

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
	78,6	78,6	78,6	89,3	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		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			884 / 9.358	9,4%
> 1 - <= 2 Stunden			1.449 / 9.358	15,5%
> 2 - <= 3 Stunden			956 / 9.358	10,2%
> 3 - <= 3,5 Stunden			348 / 9.358	3,7%
> 3,5 - <= 4 Stunden			305 / 9.358	3,3%
> 4 - <= 6 Stunden			807 / 9.358	8,6%
> 6 - <= 24 Stunden			1.536 / 9.358	16,4%
> 24 - <= 48 Stunden			765 / 9.358	8,2%
> 48 Stunden			1.184 / 9.358	12,7%
wake up stroke			468 / 9.358	5,0%
unbekannt			656 / 9.358	7,0%
<= 3 Stunden			3.289 / 9.358	35,1%
Vertrauensbereich				34,2% - 36,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

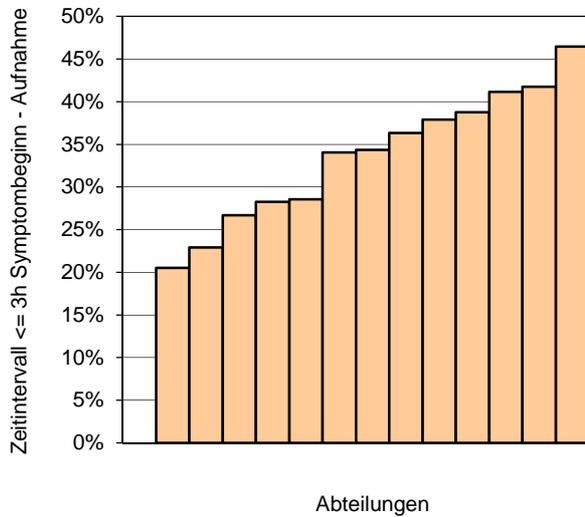
Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			3.144 / 9.366	33,6%
Vertrauensbereich				32,6% - 34,5%

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:

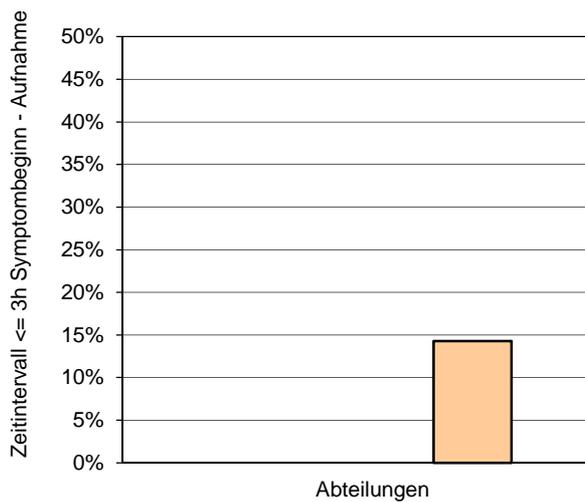
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	20,5	26,7	34,2	38,8	41,8	46,5	46,5

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	7,1	14,3	14,3	14,3	14,3

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. >= 60,0% <= 60 Min. >= 75,0%	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

Abteilung 2016				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 60,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 75,0%	nicht definiert

	Abteilung 2016			
	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			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	1.601 / 2.056 77,9%	615 / 873 70,4%	1.891 / 2.437 77,6%	325 / 492 66,1%
Vertrauensbereich	76,0% - 79,6%	67,3% - 73,5%	75,9% - 79,2%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 60,0%	
<= 60 Minuten	1.908 / 2.056 92,8%	786 / 873 90,0%	2.259 / 2.437 92,7%	435 / 492 88,4%
Vertrauensbereich	91,6% - 93,9%	87,8% - 91,9%	91,6% - 93,7%	85,2% - 91,1%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 75,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	307 / 2.056 14,9%	171 / 873 19,6%	368 / 2.437 15,1%	110 / 492 22,4%
> 1 bis 3 Stunden	112 / 2.056 5,4%	61 / 873 7,0%	136 / 2.437 5,6%	37 / 492 7,5%
> 3 bis 6 Stunden	19 / 2.056 0,9%	14 / 873 1,6%	19 / 2.437 0,8%	14 / 492 2,8%
> 6 Stunden	17 / 2.056 0,8%	11 / 873 1,3%	22 / 2.437 0,9%	6 / 492 1,2%
1. Bildgebung vor Aufnahme	46 / 2.102 2,2%	32 / 905 3,5%	57 / 2.494 2,3%	21 / 513 4,1%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 2.056 0,0%	1 / 873 0,1%	1 / 2.437 0,0%	0 / 492 0,0%

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

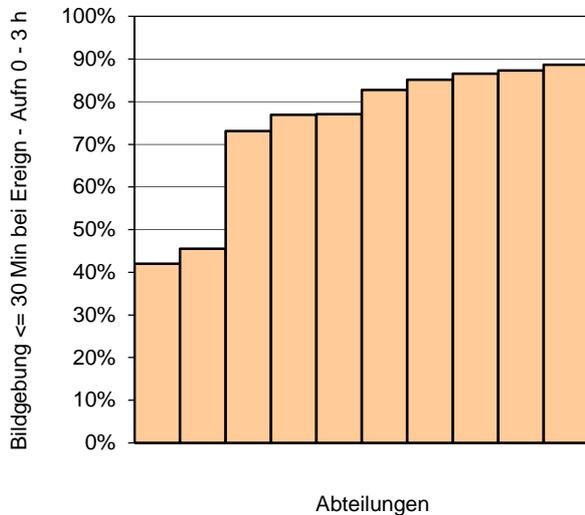
Vorjahresdaten	Gesamt 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	1.484 / 1.917 77,4%	456 / 705 64,7%	1.697 / 2.225 76,3%	
Vertrauensbereich	75,5% - 79,3%	61,0% - 68,2%	74,4% - 78,0%	
<= 60 Minuten	1.774 / 1.917 92,5%	608 / 705 86,2%	2.046 / 2.225 92,0%	336 / 397 84,6%
Vertrauensbereich	91,3% - 93,7%	83,5% - 88,7%	90,7% - 93,1%	80,7% - 88,0%

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:

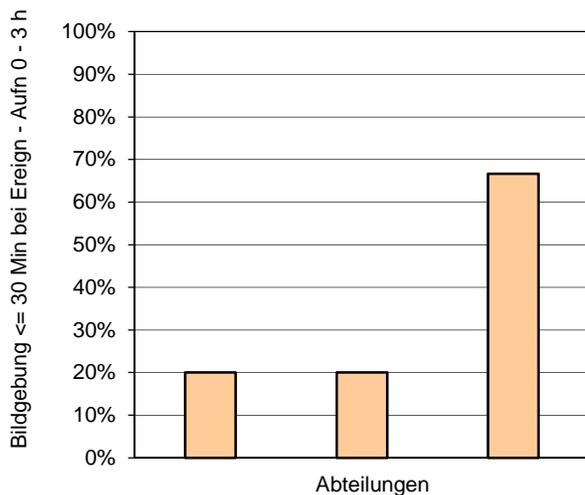
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,0	42,0	43,8	73,1	79,9	86,6	88,0	88,6	88,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	66,7	66,7	66,7	66,7

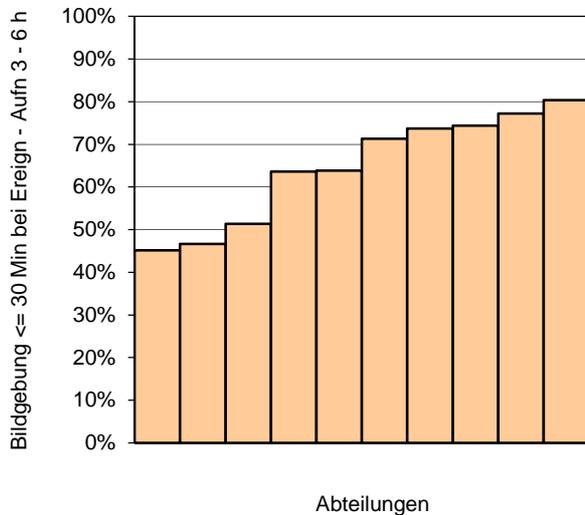
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

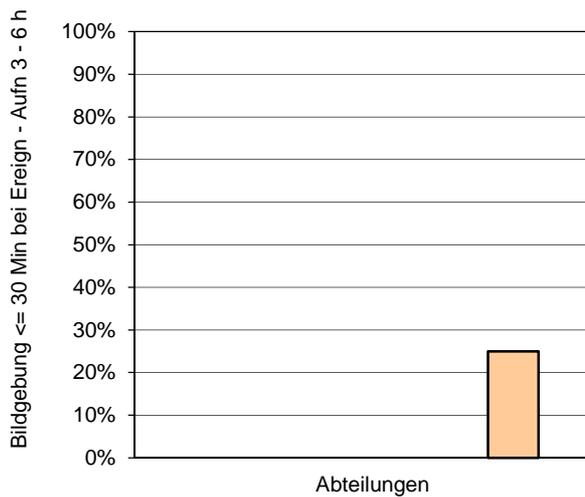
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,2	45,2	45,9	51,4	67,6	74,4	78,8	80,4	80,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

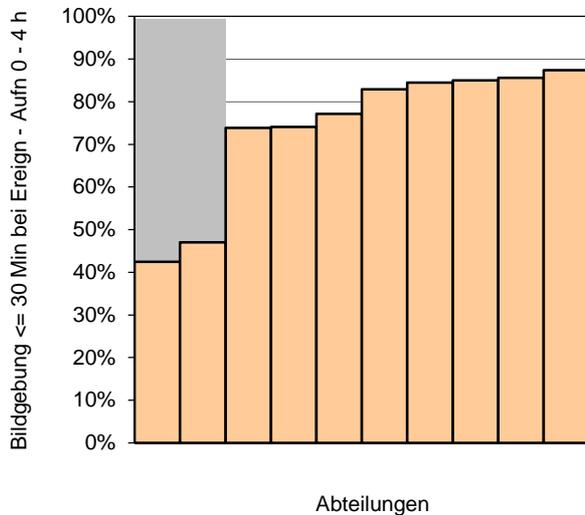
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

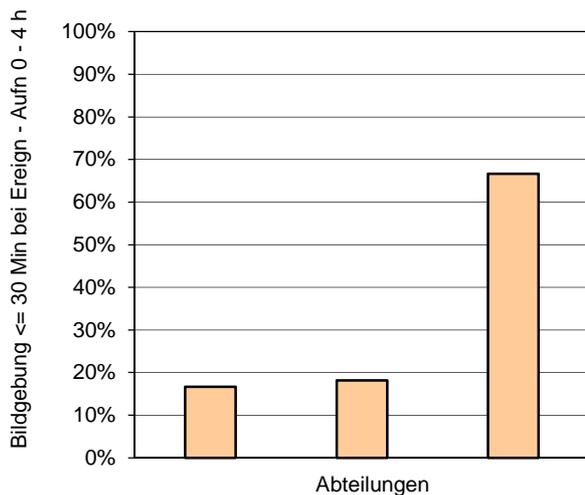
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,5	42,5	44,7	73,9	80,0	85,0	86,5	87,4	87,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,7	16,7	16,7	16,7	18,2	66,7	66,7	66,7	66,7

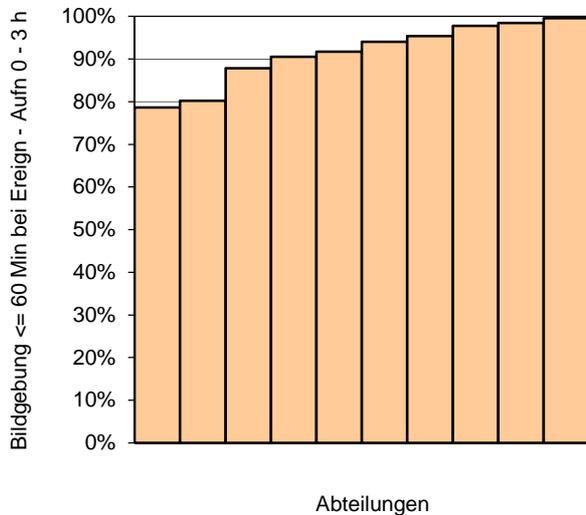
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

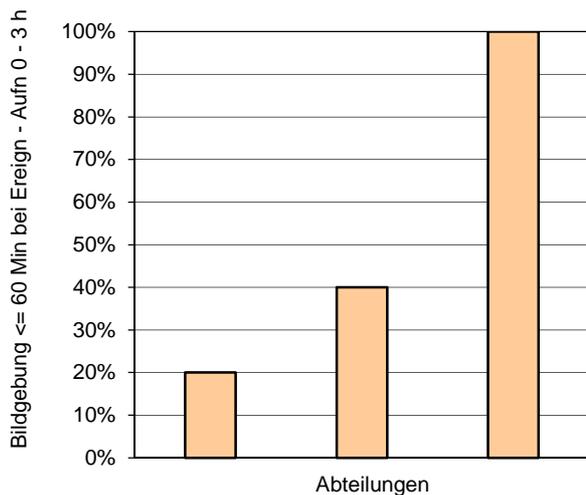
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,6	78,6	79,4	87,8	92,9	97,8	99,0	99,6	99,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	20,0	20,0	20,0	20,0	40,0	100,0	100,0	100,0	100,0

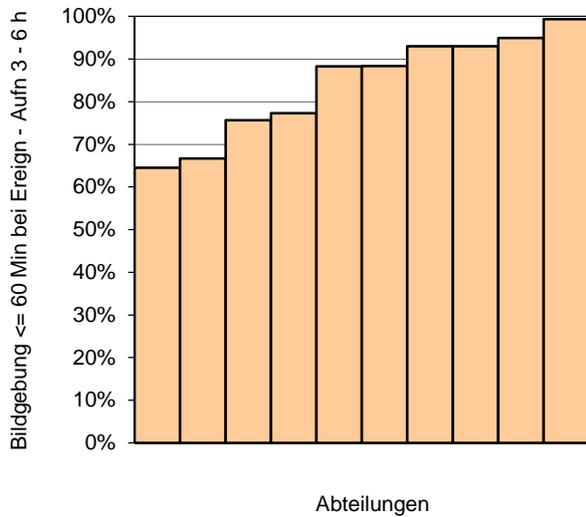
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

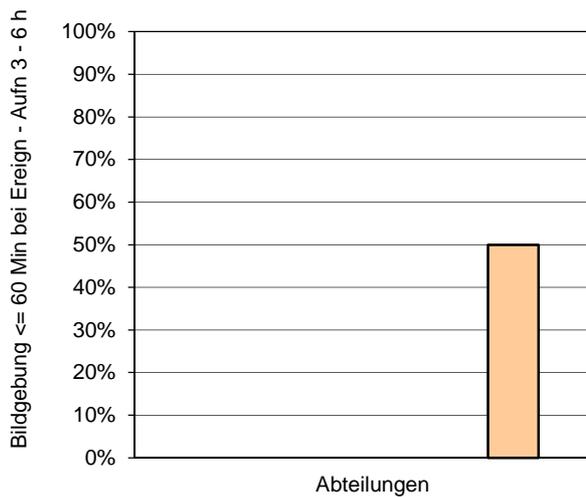
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	64,5	64,5	65,6	75,7	88,3	93,0	97,2	99,4	99,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

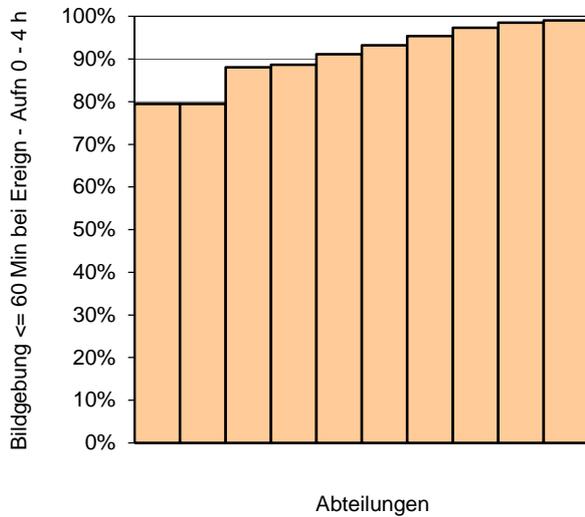
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

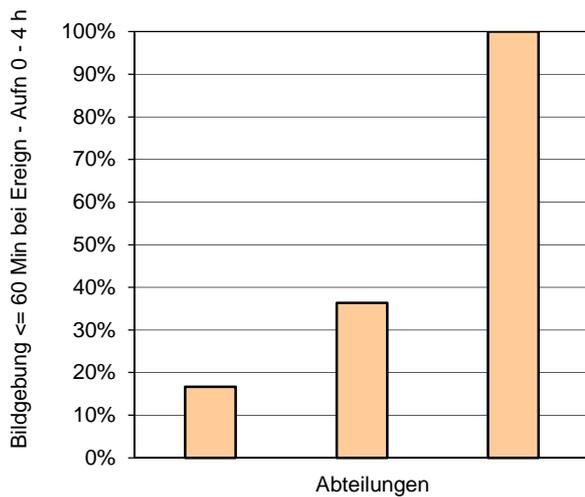
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,5	79,5	79,5	88,1	92,1	97,3	98,8	99,1	99,1

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
	16,7	16,7	16,7	16,7	36,4	100,0	100,0	100,0	100,0

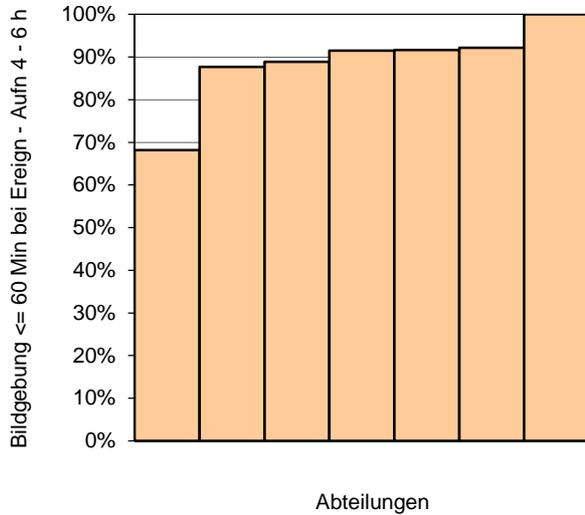
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

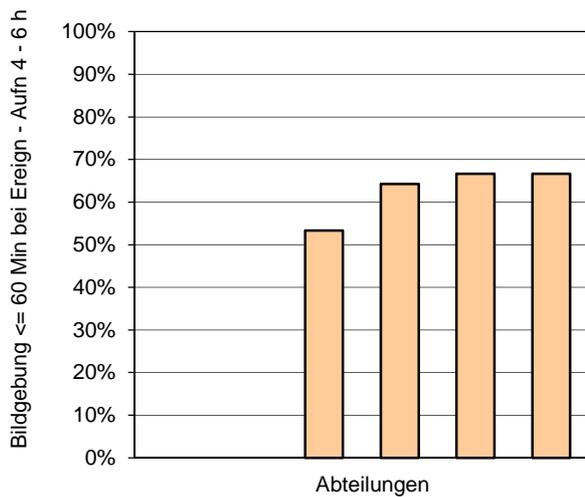
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,2	68,2	68,2	87,7	91,5	92,2	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	58,8	66,7	66,7	66,7	66,7

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 3 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 4 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	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:	$\geq 45,0\%$	
	Gruppe 4:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Abteilung 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 45,0\%$	nicht definiert

	Gesamt 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	701 / 998	139 / 386	790 / 1.169	50 / 215
Vertrauensbereich	70,2%	36,0%	67,6%	23,3%
Referenzbereich	67,3% - 73,1%	31,2% - 41,0%	64,8% - 70,3%	17,8% - 29,5%
	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 45,0\%$	nicht definiert

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

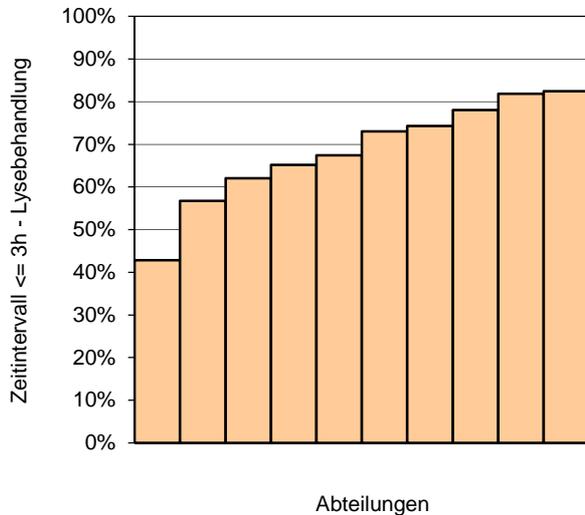
Vorjahresdaten	Gesamt 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	661 / 966 68,4% 65,4% - 71,3%	112 / 325 34,5% 29,3% - 39,9%	727 / 1.108 65,6% 62,7% - 68,4%	46 / 183 25,1% 19,0% - 32,1%

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:

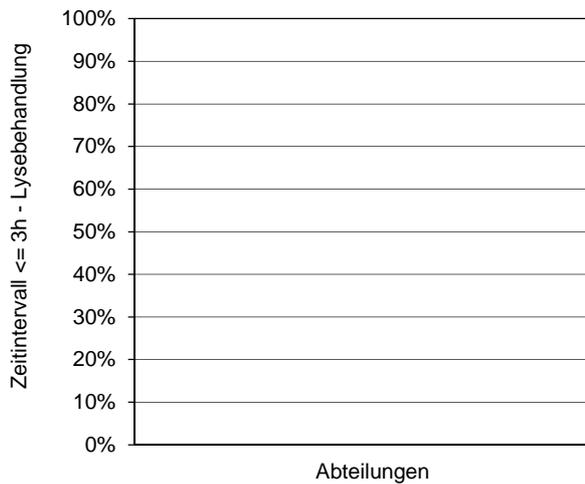
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,9	42,9	49,8	62,0	70,3	78,0	82,2	82,5	82,5

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

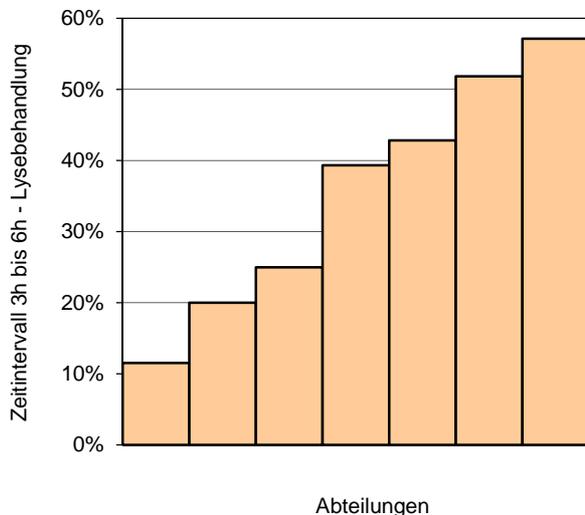
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

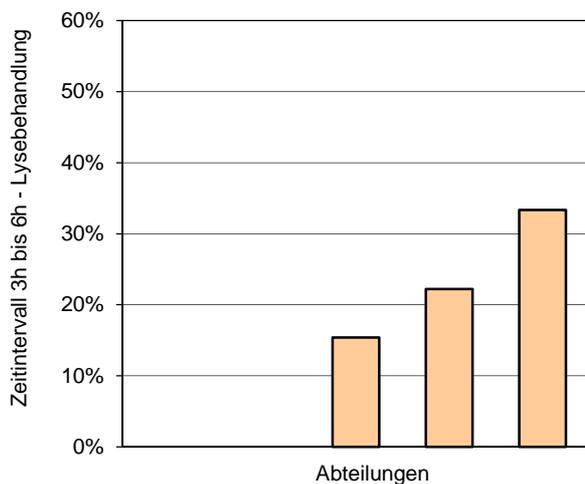
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,5	11,5	11,5	20,0	39,3	51,9	57,1	57,1	57,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	15,4	22,2	33,3	33,3	33,3

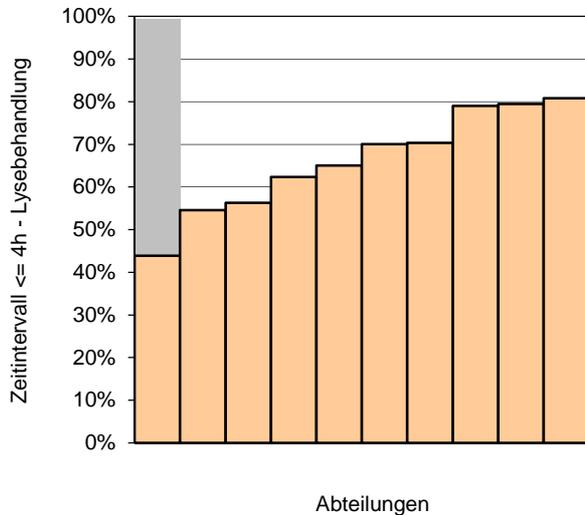
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

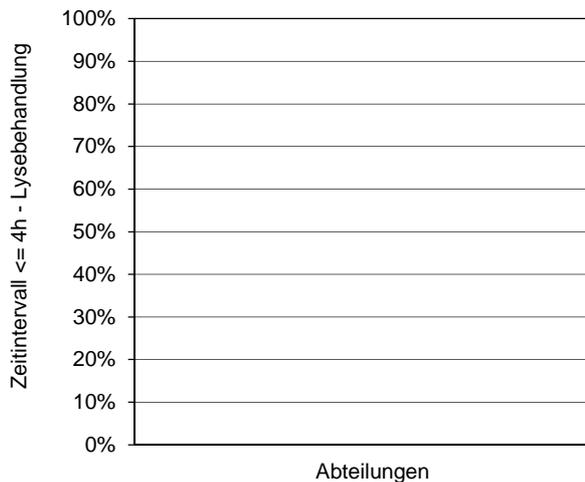
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	43,9	43,9	49,2	56,3	67,5	79,0	80,1	80,8	80,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

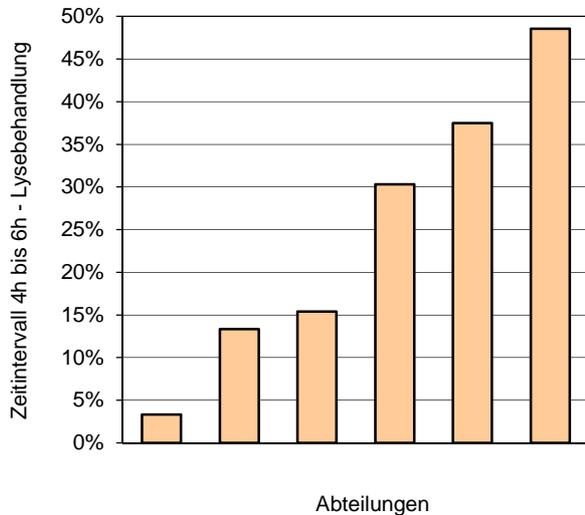
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

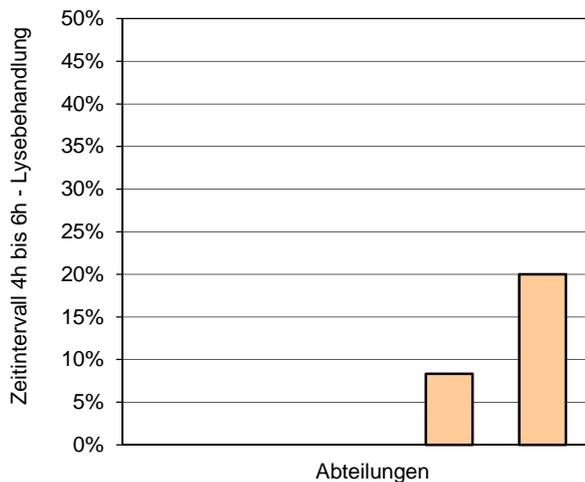
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,3	3,3	3,3	13,3	22,8	37,5	48,6	48,6	48,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	20,0	20,0	20,0

6 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. >= 30,0% <= 60 Min. >= 80,0%	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Abteilung 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 30,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 80,0%	nicht definiert

	Abteilung 2016			
	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			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	472 / 819 57,6%	88 / 164 53,7%	534 / 932 57,3%	26 / 51 51,0%
Vertrauensbereich	54,2% - 61,0%	45,7% - 61,5%	54,0% - 60,5%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 30,0%	
<= 60 Minuten	777 / 819 94,9%	149 / 164 90,9%	880 / 932 94,4%	46 / 51 90,2%
Vertrauensbereich	93,1% - 96,3%	85,3% - 94,8%	92,7% - 95,8%	78,4% - 96,8%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 80,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	305 / 819 37,2%	61 / 164 37,2%	346 / 932 37,1%	20 / 51 39,2%
> 1 - 2 Stunden	31 / 819 3,8%	14 / 164 8,5%	40 / 932 4,3%	5 / 51 9,8%
> 2 - 3 Stunden	6 / 819 0,7%	0 / 164 0,0%	6 / 932 0,6%	0 / 51 0,0%
> 3 - 4 Stunden	4 / 819 0,5%	1 / 164 0,6%	5 / 932 0,5%	0 / 51 0,0%
> 4 - 6 Stunden	1 / 819 0,1%	0 / 164 0,0%	1 / 932 0,1%	0 / 51 0,0%
> 6 Stunden	0 / 819 0,0%	0 / 164 0,0%	0 / 932 0,0%	0 / 51 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 819 0,0%	0 / 164 0,0%	0 / 932 0,0%	0 / 51 0,0%

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

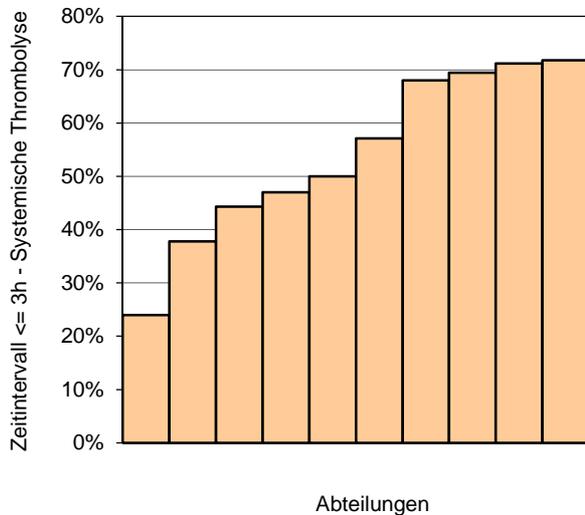
Vorjahresdaten	Abteilung 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	450 / 777 57,9%	64 / 122 52,5%	496 / 857 57,9%	
Vertrauensbereich	54,4% - 61,4%	43,2% - 61,6%	54,5% - 61,2%	
<= 60 Minuten	715 / 777 92,0%	107 / 122 87,7%	788 / 857 91,9%	34 / 42 81,0%
Vertrauensbereich	89,9% - 93,8%	80,5% - 93,0%	89,9% - 93,7%	65,7% - 91,5%

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:

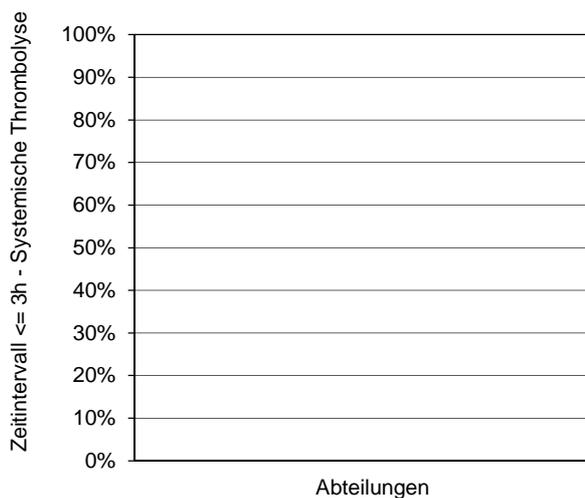
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,0	24,0	30,9	44,3	53,6	69,4	71,5	71,8	71,8

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

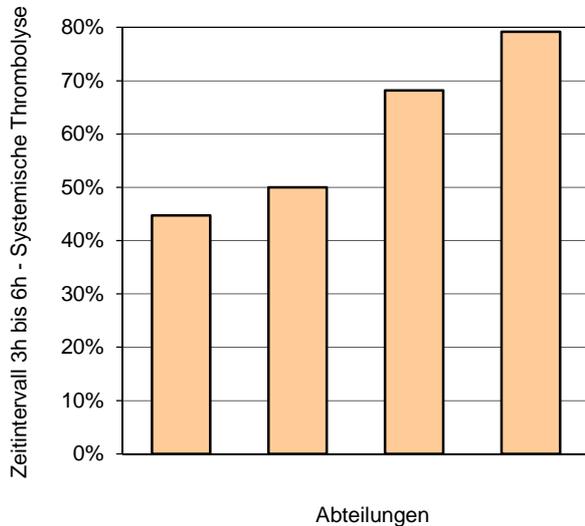
7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

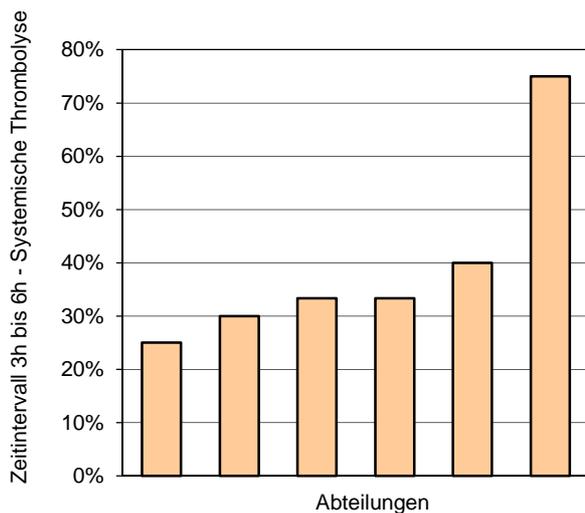
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,7	44,7	44,7	47,4	59,1	73,7	79,2	79,2	79,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0	25,0	25,0	30,0	33,3	40,0	75,0	75,0	75,0

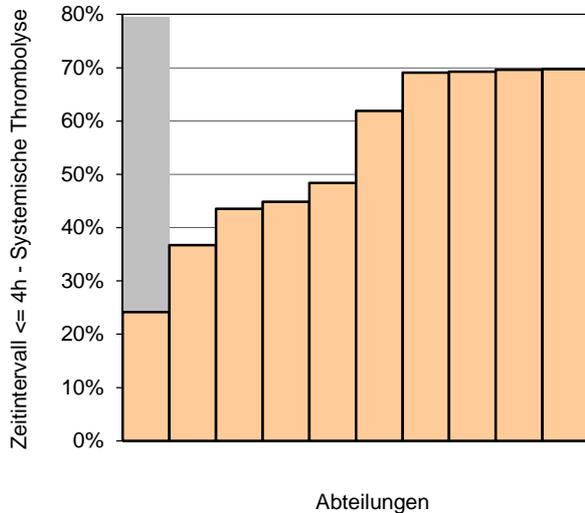
7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse <= 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:

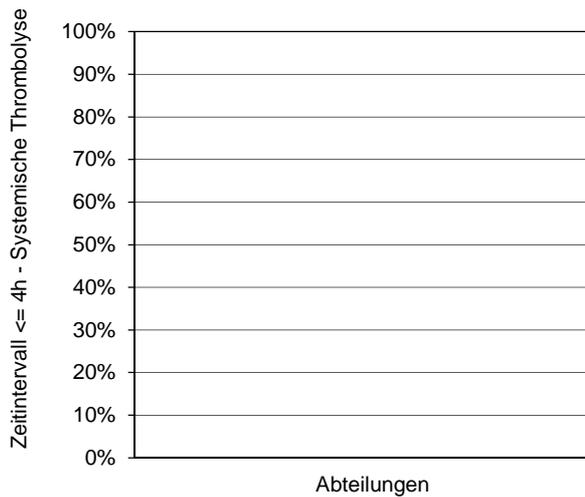
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,1	24,1	30,4	43,5	55,1	69,3	69,7	69,7	69,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

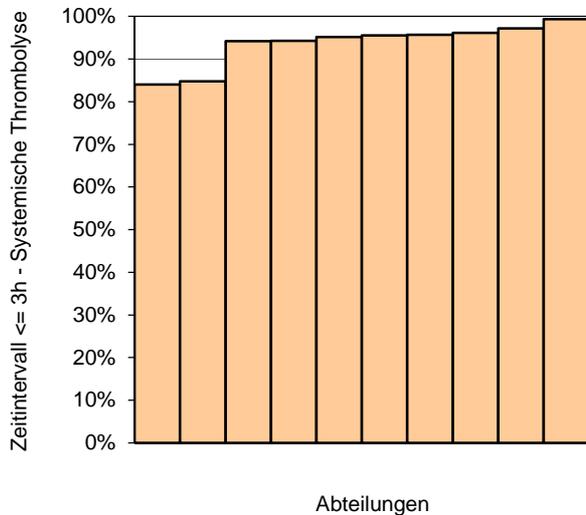
7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

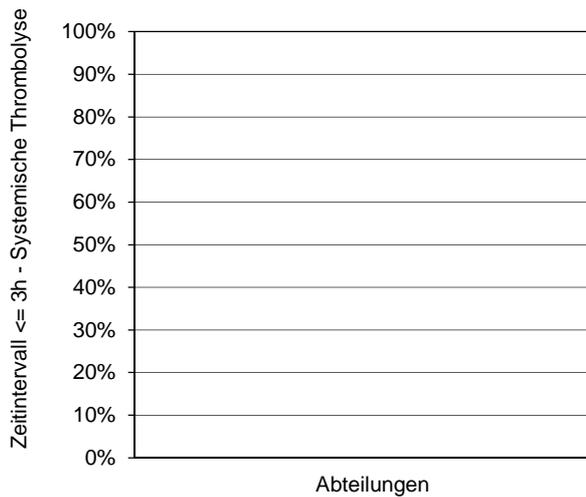
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,0	84,0	84,4	94,2	95,4	96,2	98,3	99,4	99,4

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

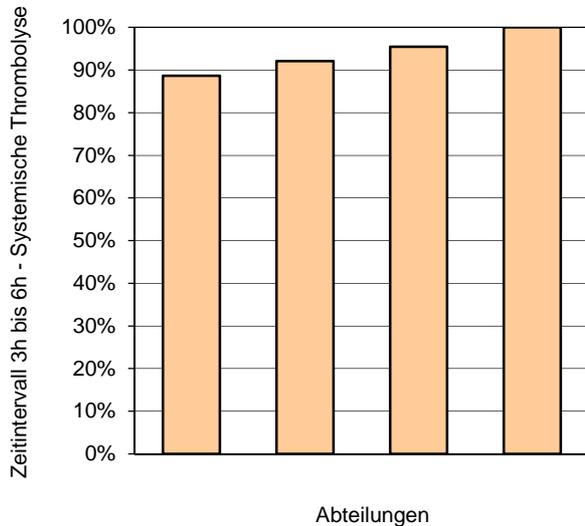
7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

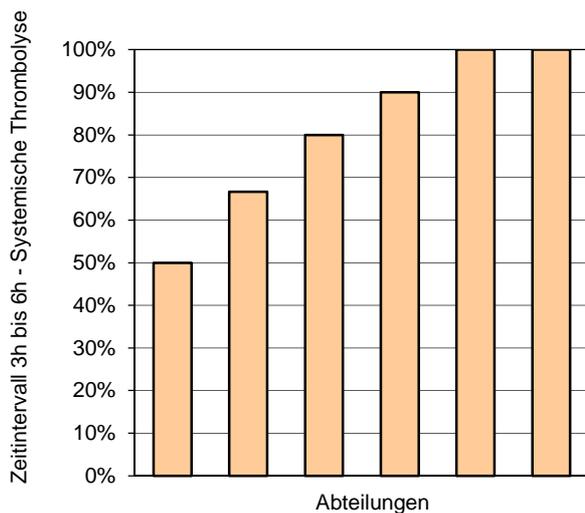
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,6	88,6	88,6	90,4	93,8	97,7	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	66,7	85,0	100,0	100,0	100,0	100,0

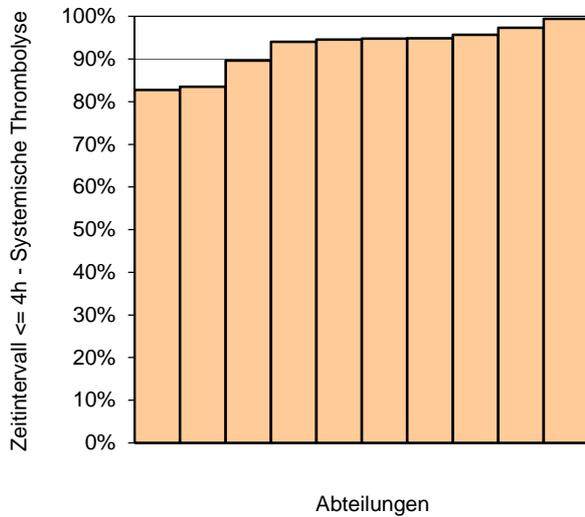
7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

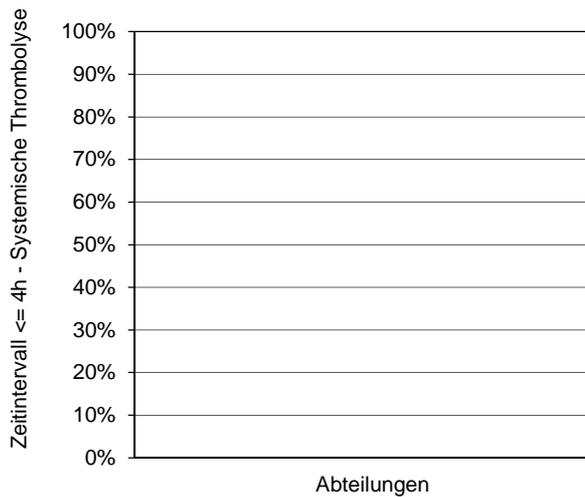
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,8	82,8	83,1	89,7	94,7	95,7	98,4	99,4	99,4

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

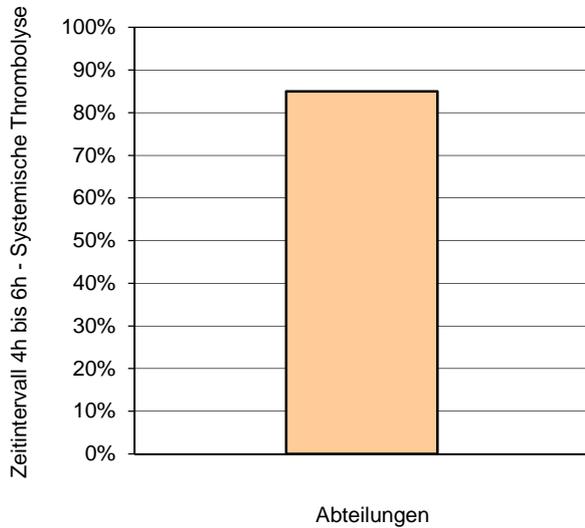
7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

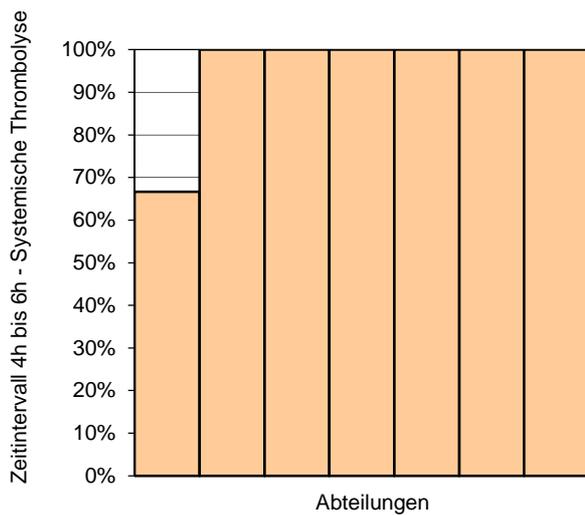
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

9 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: $\geq 45,0\%$

	Abteilung 2016		Gesamt 2016	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			4.687 / 9.358	 50,1%
Vertrauensbereich				49,1% - 51,1%
Referenzbereich		$\geq 45,0\%$		$\geq 45,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2015		Gesamt 2015	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			4.862 / 9.366	 51,9%
Vertrauensbereich				50,9% - 52,9%

Abteilung 2016

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

Gesamt 2016

	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	1.338 14,3%	940 10,0%	496 5,3%	246 2,6%	90 1,0%	44 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	94 1,0%	576 6,2%	656 7,0%	317 3,4%	106 1,1%	46 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	20 0,2%	63 0,7%	543 5,8%	646 6,9%	212 2,3%	85 0,9%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	6 0,1%	22 0,2%	69 0,7%	389 4,2%	390 4,2%	124 1,3%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	3 0,0%	11 0,1%	30 0,3%	83 0,9%	324 3,5%	289 3,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	3 0,0%	5 0,1%	19 0,2%	26 0,3%	65 0,7%	557 6,0%
6 Tod	1 0,0%	3 0,0%	9 0,1%	22 0,2%	48 0,5%	342 3,7%
Rankin bei Entlassung						

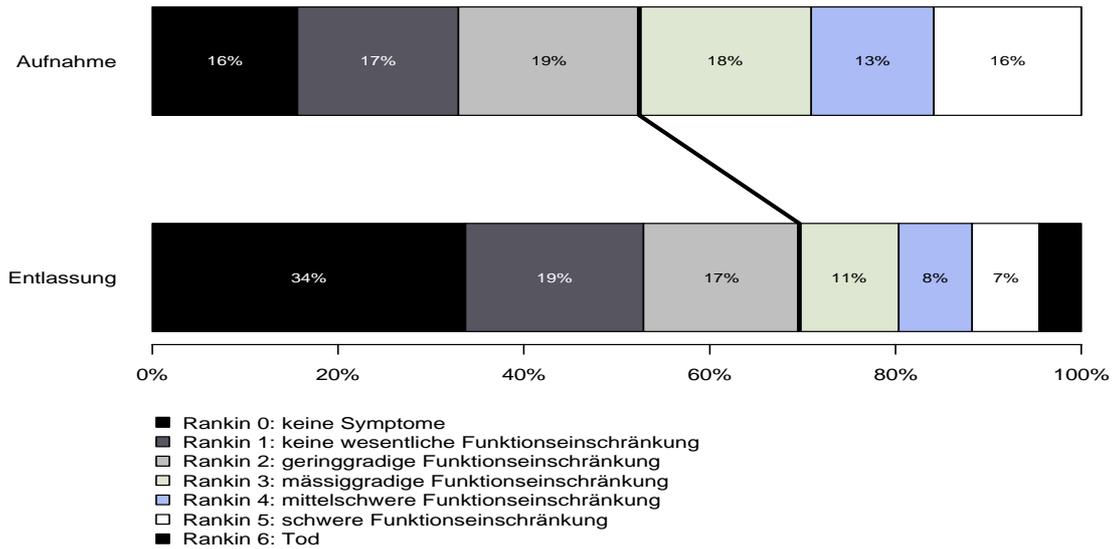
**Vorjahresdaten
Abteilung 2015**

	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**

	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	1.343 14,3%	1.024 10,9%	541 5,8%	215 2,3%	75 0,8%	25 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	71 0,8%	584 6,2%	747 8,0%	356 3,8%	131 1,4%	40 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	16 0,2%	76 0,8%	477 5,1%	639 6,8%	220 2,3%	63 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	8 0,1%	23 0,2%	72 0,8%	372 4,0%	397 4,2%	110 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,0%	18 0,2%	28 0,3%	74 0,8%	281 3,0%	279 3,0%
5 schwere Funktionseinschränkung	8 0,1%	6 0,1%	12 0,1%	47 0,5%	92 1,0%	496 5,3%
6 Tod	2 0,0%	2 0,0%	9 0,1%	29 0,3%	40 0,4%	316 3,4%
Rankin bei Entlassung						

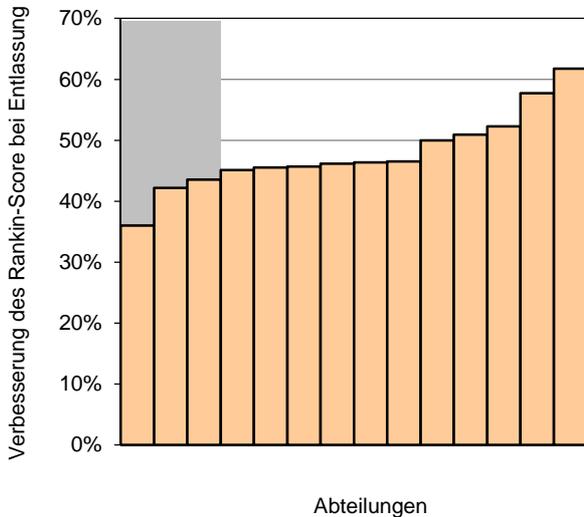
Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

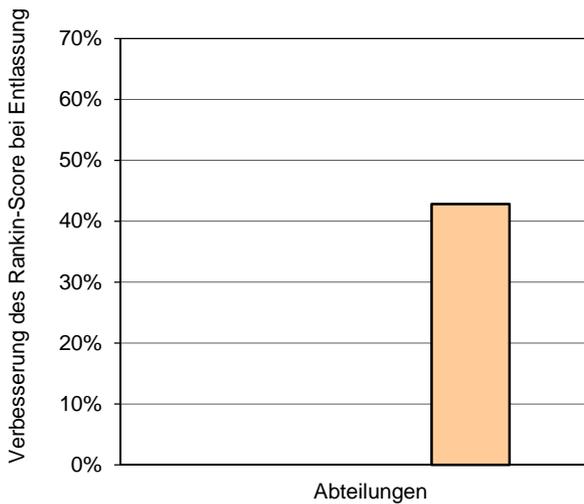
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Indikator-ID 2016/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	36,0	36,0	42,2	45,1	46,3	50,9	57,7	61,7	61,7

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	21,4	42,9	42,9	42,9	42,9

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.993	26,2	3.022	25,8
2. Quartal			2.875	25,1	3.017	25,8
3. Quartal			2.697	23,6	2.892	24,7
4. Quartal			2.875	25,1	2.763	23,6
Gesamt			11.440		11.694	

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

Patienten

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			9.358		9.366	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>76,0 Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			4.819	51,5	4.721	50,4
weiblich			4.539	48,5	4.645	49,6

Aufnahme

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			7.162	76,5	7.291	77,8
Sonnabend oder Sonntag			2.196	23,5	2.075	22,2
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			4.398	47,0	4.503	48,1
nein			4.870	52,0	4.789	51,1
nicht bestimmbar			90	1,0	74	0,8
Sprachstörung						
ja			2.315	24,7	2.217	23,7
nein			6.846	73,2	6.952	74,2
nicht bestimmbar			197	2,1	197	2,1
Sprechstörung						
ja			3.016	32,2	2.999	32,0
nein			6.016	64,3	6.083	64,9
nicht bestimmbar			326	3,5	284	3,0
Schluckstörung						
ja			1.582	16,9	1.621	17,3
nein			7.113	76,0	7.201	76,9
nicht bestimmbar			663	7,1	544	5,8
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			8.582	91,7	8.608	91,9
somnolent-stuporös			588	6,3	593	6,3
komatös			188	2,0	165	1,8
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			884	9,4	874	9,3
> 1 - <= 2 Stunden			1.449	15,5	1.329	14,2
> 2 - <= 3 Stunden			956	10,2	941	10,0
> 3 - <= 3,5 Stunden			348	3,7	300	3,2
> 3,5 - <= 4 Stunden			305	3,3	259	2,8
> 4 - <= 6 Stunden			807	8,6	760	8,1
> 6 - <= 24 Stunden			1.536	16,4	1.728	18,4
> 24 - <= 48 Stunden			765	8,2	712	7,6
> 48 Stunden			1.184	12,7	1.156	12,3
unbekannt			656	7,0	759	8,1
wake up stroke			468	5,0	548	5,9

Diagnostik

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			8.888	95,0	8.924	95,3
Bildgebung-MRT nach Ereignis			6.097	65,2	5.947	63,5
Frische Läsion in der Bildgebung			5.490	58,7	5.235	55,9
Schlucktest nach Protokoll			7.721	82,5	8.250	88,1
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			1.073	11,5	1.061	11,3
>= 1 - 24 Stunden			2.398	25,6	2.428	25,9
> 24 Stunden			5.887	62,9	5.877	62,7
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			8.861	94,7	8.906	95,1
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			8.801	94,0	8.818	94,1
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			2.042	21,8	1.993	21,3
früherer Schlaganfall			2.648	28,3	2.562	27,4
Vorhofflimmern			2.411	25,8	2.494	26,6
Komplikationen						
keine Komplikationen			8.082		8.177	
Pneumonie			533		523	
erhöhter Hirndruck			250		203	
andere Komplikationen			781		683	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2016¹

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.893	63,0	5.789	61,8
TIA			2.817	30,1	2.977	31,8
ICB			648	6,9	600	6,4
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			1.577	16,9	1.636	17,5
gelegentlicher Verlust			1.118	11,9	1.044	11,1
kontinent			6.663	71,2	6.686	71,4
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			1.798	19,2	1.799	19,2
grosse Unterstützung			1.081	11,6	980	10,5
geringe Unterstützung			1.523	16,3	1.516	16,2
vollständig selbstständig			4.956	53,0	5.071	54,1
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			2.081	22,2	2.065	22,0
grosse Unterstützung			1.182	12,6	1.156	12,3
geringe Unterstützung			1.574	16,8	1.588	17,0
vollständig selbstständig			4.521	48,3	4.557	48,7
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			1.141	12,2	1.131	12,1
gelegentlicher Verlust			961	10,3	860	9,2
kontinent			6.831	73,0	6.977	74,5
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			849	9,1	877	9,4
grosse Unterstützung			720	7,7	690	7,4
geringe Unterstützung			1.096	11,7	985	10,5
vollständig selbstständig			6.268	67,0	6.416	68,5
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			1.031	11,0	1.078	11,5
grosse Unterstützung			775	8,3	772	8,2
geringe Unterstützung			1.290	13,8	1.179	12,6
vollständig selbstständig			5.837	62,4	5.939	63,4

Rankin Skala

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			1.465	15,7	1.450	15,5
Rankin 1			1.620	17,3	1.733	18,5
Rankin 2			1.822	19,5	1.886	20,1
Rankin 3			1.729	18,5	1.732	18,5
Rankin 4			1.235	13,2	1.236	13,2
Rankin 5			1.487	15,9	1.329	14,2
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			3.154	33,7	3.223	34,4
Rankin 1			1.795	19,2	1.929	20,6
Rankin 2			1.569	16,8	1.491	15,9
Rankin 3			1.000	10,7	982	10,5
Rankin 4			740	7,9	682	7,3
Rankin 5			675	7,2	661	7,1
Tod			425	4,5	398	4,2

Rehabilitation

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.900	73,7	6.777	72,4
> Tag 2 nach Aufnahme			181	1,9	150	1,6
keine			2.277	24,3	2.439	26,0
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			8.604	91,9	8.780	93,7
> Tag 2 nach Aufnahme			205	2,2	179	1,9
keine			549	5,9	407	4,3
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			7.774	83,1	7.850	83,8
> Tag 2 nach Aufnahme			182	1,9	166	1,8
keine			1.402	15,0	1.350	14,4

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			2.347	25,1	2.356	25,2
Beatmung			404	4,3	384	4,1
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			7.154	76,4	7.361	78,6
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			6.679	71,4	6.796	72,6
Thromboseprophylaxe			8.359	89,3	8.514	90,9

Entlassung

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			9.246	98,8	9.263	98,9
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			8.071	86,2	8.307	88,7
Entlassungsart						
verstorben			425	4,5	398	4,2
nach Hause			5.594	59,8	5.620	60,0
Pflegeeinrichtung/Heim			795	8,5	785	8,4
andere Abteilung			340	3,6	341	3,6
externe (Akut)Klinik			212	2,3	227	2,4
Reha-Klinik			1.992	21,3	1.995	21,3
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			9.358	100,0	9.366	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	8,6 <i>Tage</i>		8,5 <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		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			1.115	11,9	1.049	11,2
Lyse i.a.			210	2,2	178	1,9
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			632	6,8	602	6,4
> 30 - <= 60 Minuten			446	4,8	382	4,1
> 1 - <= 2 Stunden			72	0,8	95	1,0
> 2 - <=3 Stunden			14	0,1	16	0,2
> 3 - <=4 Stunden			8	0,1	4	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			3	0,0	4	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	1	0,0
keine Lyse durchgeführt			8.183	87,4	8.262	88,2
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			4.917	52,5	4.515	48,2
> 30 - <= 60 Minuten			1.933	20,7	2.082	22,2
> 1 - <= 3 Stunden			1.407	15,0	1.607	17,2
> 3 - <= 6 Stunden			412	4,4	473	5,1
> 6 Stunden			277	3,0	265	2,8
1. Bildgebung vor Aufnahme			389	4,2	411	4,4
keine Bildgebung erfolgt			23	0,2	13	0,1
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			4.987	53,3	5.016	53,6
3 - 8 (mittel)			2.701	28,9	2.698	28,8
9 - 20 (schwerwiegend)			1.293	13,8	1.232	13,2
> 20 (sehr schwerwiegend)			283	3,0	333	3,6
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			6.711	71,7	7.041	75,2
Hypercholesterinämie			4.607	49,2	4.709	50,3
keine Angabe			1.155	12,3	795	8,5
Sekundärprophylaxe						
Statine			5.928	63,3	6.521	69,6
Antihypertensiva			6.185	66,1	6.798	72,6
Antidiabetika			1.486	15,9	1.554	16,6
keine Angabe			1.668	17,8	905	9,7
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			6.437	68,8	6.961	74,3
Pflege zu Hause			739	7,9	791	8,4
Pflege in Institution			826	8,8	905	9,7
keine Angabe			1.356	14,5	709	7,6

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.

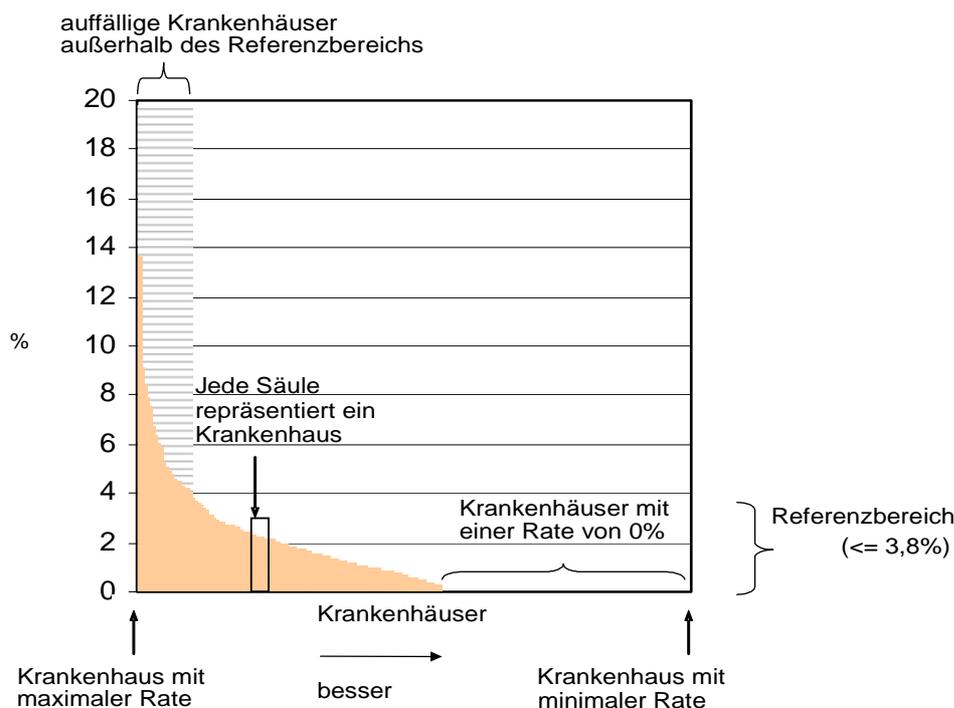
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 375
D-20537 Hamburg