

Jahresauswertung 2013 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 11.314
Datensatzversion: apo_hh 2013 2.0
Datenbankstand: 01. Februar 2014
2013 - D13944-L87853-P42814

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 309
D-20537 Hamburg

Kontakt:
Tel.: 040 / 25 40 78-40
E-Mail: info-hh@bqs-institut.de
URL: www.bqs-institut.de

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2013 im I. - 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 2012 im I. - IV. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2013/apo_hh/83254 QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			86,6%	>= 55,0%	1.1
2013/apo_hh/83284 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			90,7%	>= 80,0%	1.3
2013/apo_hh/83285 QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			88,3%	>= 75,0%	1.5
2013/apo_hh/83286 QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,6%	>= 90,0%	1.7
2013/apo_hh/83287 QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,6%	>= 90,0%	1.9
2013/apo_hh/83288 QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			83,8%	>= 65,0%	1.11
2013/apo_hh/83290 QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			87,7%	>= 75,0%	1.13

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2013/apo_hh/83291 QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,8%	>= 95,0%	1.15
2013/apo_hh/83292 QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			96,8%	>= 90,0%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2013/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,2%	<= 0,5%	1.19
2013/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			3,2%	<= 4,0%	1.19
2013/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			17,0%	<= 25,0%	1.19
2013/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			88,9%	>= 70,0%	1.24
2013/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			33,9%	nicht definiert	1.26

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
2013/apo_hh/98323					
0 bis 3 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 30 Minuten					
			71,1%	>= 50,0%	1.28
2013/apo_hh/98326					
> 3 bis 6 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 30 Minuten					
			62,1%	>= 40,0%	1.28
2013/apo_hh/103490					
0 bis 4 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 30 Minuten					
			70,3%	>= 50,0%	1.28
2013/apo_hh/83303					
0 bis 3 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 60 Minuten					
			89,5%	>= 70,0%	1.28
2013/apo_hh/83307					
> 3 bis 6 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 60 Minuten					
			86,4%	>= 65,0%	1.28
2013/apo_hh/103491					
0 bis 4 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 60 Minuten					
			89,1%	>= 65,0%	1.28
2013/apo_hh/103499					
> 4 bis 6 Stunden und Intervall					
Aufnahme - 1. Bildgebung					
<= 60 Minuten					
			85,8%	>= 65,0%	1.28

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyserate					
2013/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			62,1%	>= 40,0%	1.39
2013/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			11,7%	nicht definiert	1.39
2013/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			56,5%	>= 35,0%	1.39
2013/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			4,3%	nicht definiert	1.39

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 15: Systemische Thrombolyse					
door-to-needle-time					
2013/apo_hh/83314					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h					
			49,2%	>= 20,0%	1.45
2013/apo_hh/83321					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h					
			49,2%	>= 10,0%	1.45
2013/apo_hh/103508					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h					
			49,3%	>= 20,0%	1.45
2013/apo_hh/83313					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h					
			89,9%	>= 70,0%	1.45
2013/apo_hh/83320					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h					
			90,2%	nicht definiert	1.45
2013/apo_hh/103509					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h					
			90,1%	>= 70,0%	1.45
2013/apo_hh/103518					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h					
			80,0%	nicht definiert	1.45
2013/apo_hh/83372					
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score					
Aufnahme versus Entlassung					
			51,0%	>= 40,0%	1.56

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 55,0%

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			7.212 / 8.329	86,6% 85,8% - 87,3% >= 55,0%

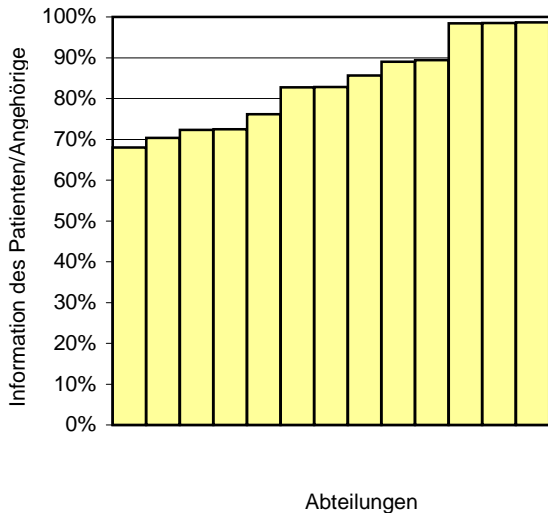
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			6.578 / 8.042	81,8% 80,9% - 82,6%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/apo_hh/83254]:

Anteil von Patienten mit Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung durch Arzt zu Krankheitsverlauf/Prävention und mit Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung durch Sozialdienst/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten (Ausschluss verstorbene Patienten)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

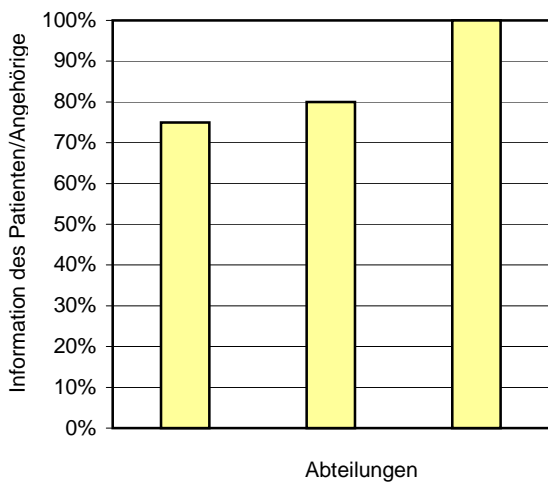
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,0	68,0	70,4	72,5	82,8	89,4	98,5	98,7	98,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	75,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich			2.610 / 2.878	90,7% 89,6% - 91,7% >= 80,0%

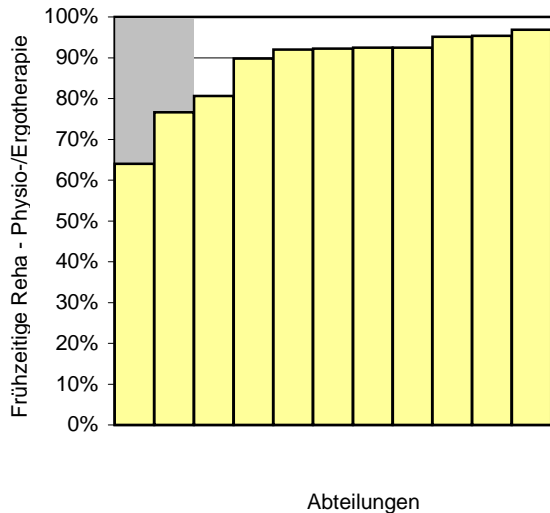
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			2.615 / 2.900	90,2% 89,0% - 91,2%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

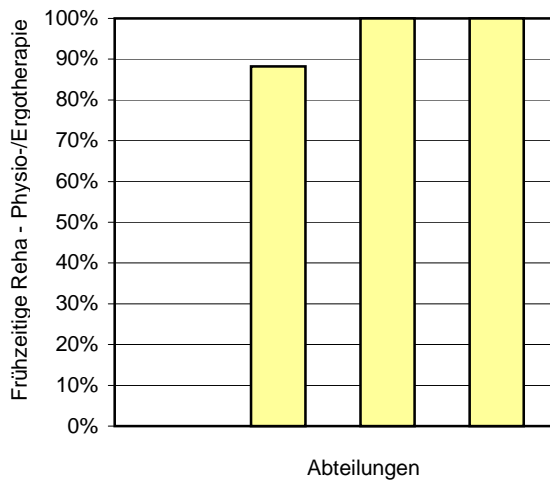
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	64,0	64,0	76,6	80,6	92,2	95,1	95,4	96,8	96,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	44,1	94,1	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			2.968 / 3.360	88,3%
Vertrauensbereich				87,2% - 89,4%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

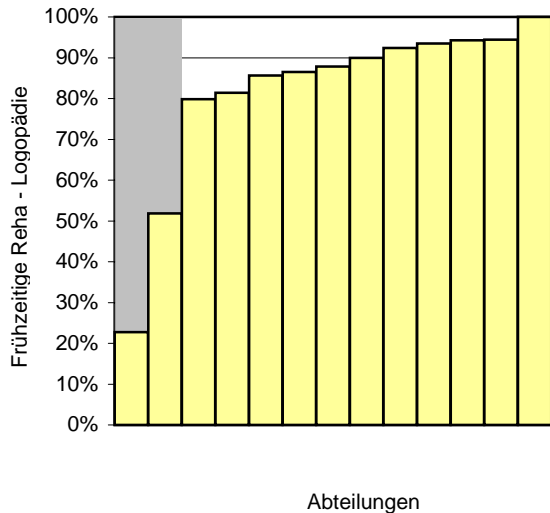
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			2.734 / 3.104	88,1%
Vertrauensbereich				86,9% - 89,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/apo_hh/83285]:

Anteil von Patienten mit logopädischer Behandlung <= 2 Tage nach Aufnahme an allen Patienten mit Sprach- und Sprechstörung (Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

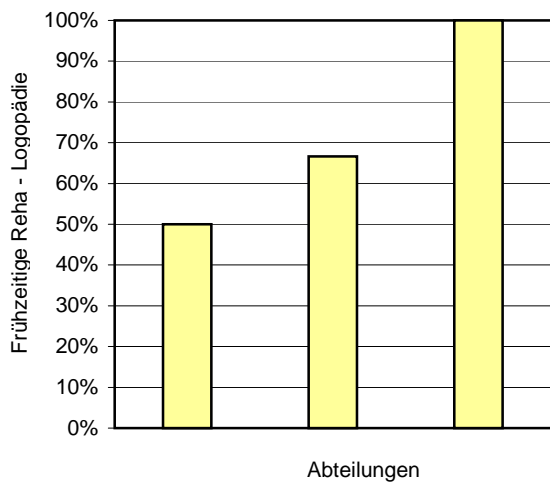
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	22,7	22,7	51,9	81,4	87,9	93,5	94,4	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			4.591 / 4.755	96,6%
Vertrauensbereich				96,0% - 97,1%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

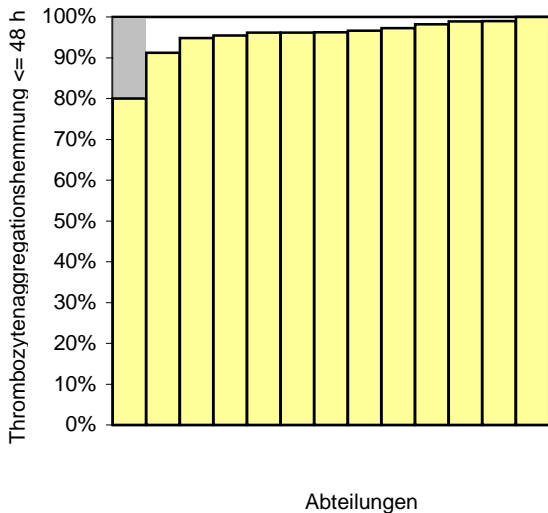
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			4.634 / 4.819	96,2%
Vertrauensbereich				95,6% - 96,7%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

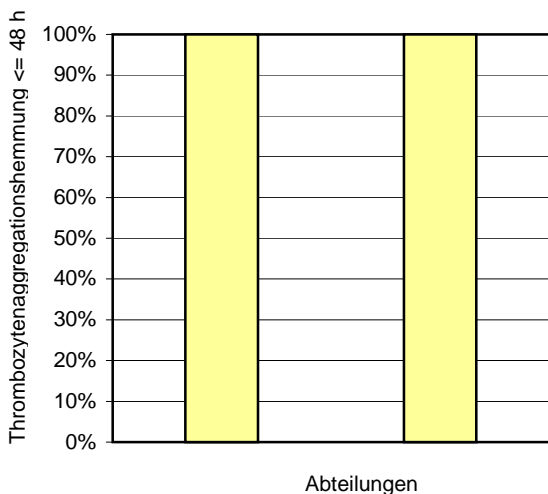
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0	80,0	91,2	95,5	96,2	98,2	99,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

Qualitätsziel: Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern zum Zeitpunkt der Entlassung als Sekundärprophylaxe nach Hirninfarkt oder TIA

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Antikoagulation und Patienten < 18 Jahre)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.892 / 6.227	94,6%
Vertrauensbereich				94,0% - 95,2%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

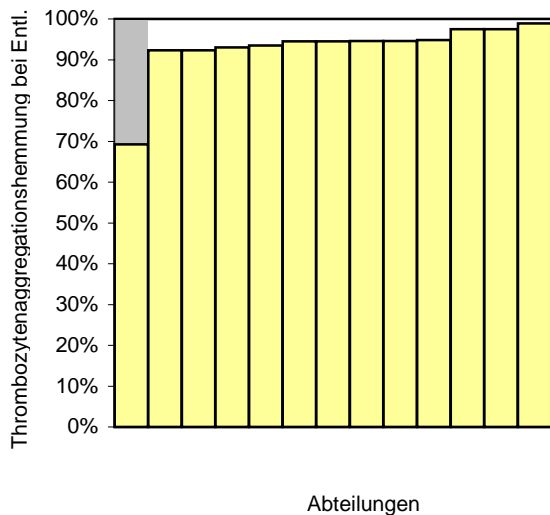
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.810 / 6.131	94,8%
Vertrauensbereich				94,2% - 95,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2013/apo_hh/83287]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

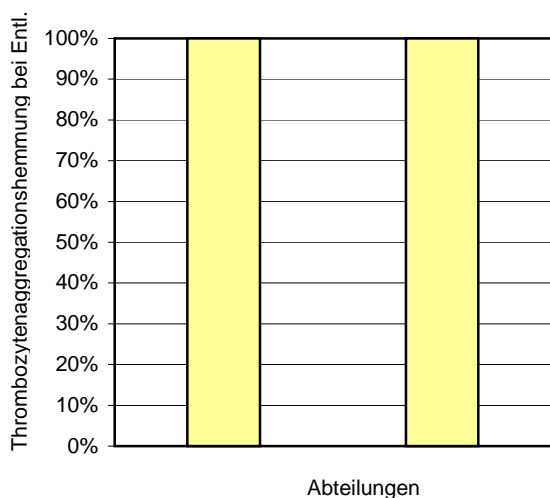
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,2	69,2	92,3	93,0	94,5	94,8	97,5	98,9	98,9

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 65,0%

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			1.134 / 1.354	83,8%
Vertrauensbereich				81,7% - 85,7%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

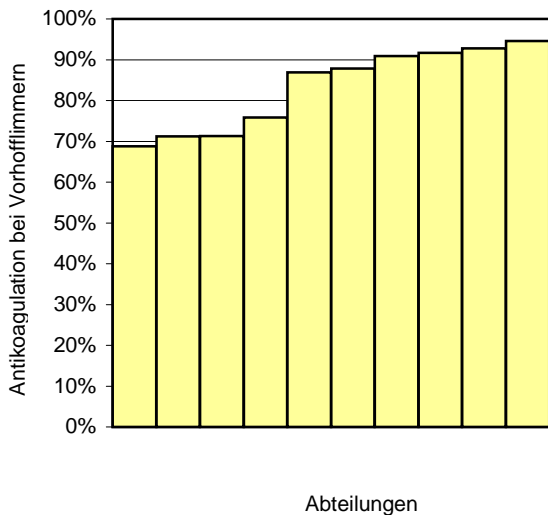
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			936 / 1.169	80,1%
Vertrauensbereich				77,7% - 82,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2013/apo_hh/83288]:

Anteil von Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Entlassungsart nach Hause oder Reha-Klinik und mit wenig Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

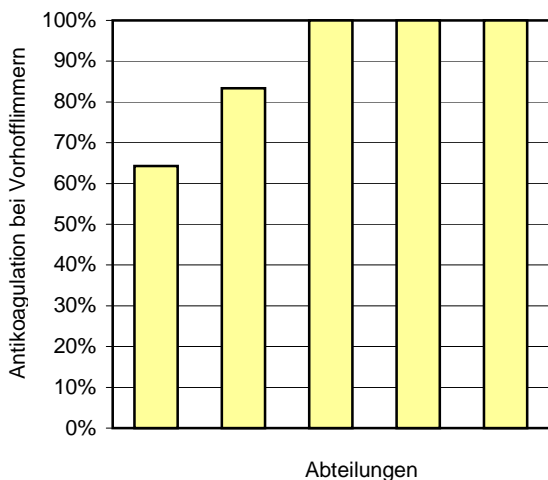
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,8	68,8	70,0	71,3	87,4	91,7	93,7	94,6	94,6

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
	64,3	64,3	64,3	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Frühzeitige Mobilisierung

Qualitätsziel: Frühzeitige Mobilisierung bettlägeriger Patienten innerhalb ≤ 2 Tage nach Aufnahme

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Lagewechsel Bett - Stuhl „mit Unterstützung“ oder „unmöglich“ im Barthel-Index bei Aufnahme
(Ausschluss: Patienten mit TIA und/oder Beatmung und/oder Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme)

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83290

Referenzbereich: $\geq 75,0\%$

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.643 / 4.156	87,7%
Vertrauensbereich				86,6% - 88,6%
Referenzbereich		$\geq 75,0\%$		$\geq 75,0\%$

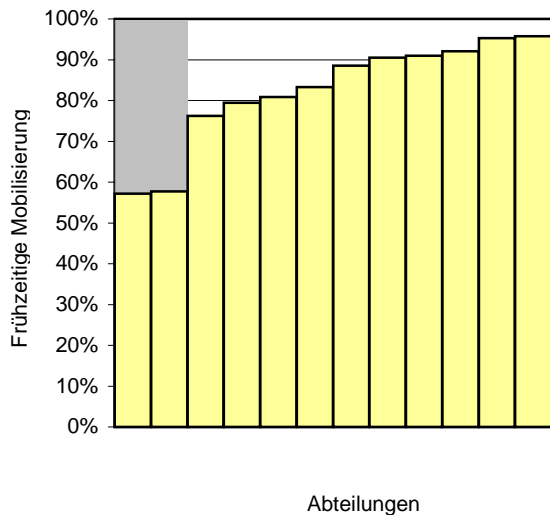
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.416 / 3.927	87,0%
Vertrauensbereich				85,9% - 88,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2013/apo_hh/83290]:

Anteil von Patienten mit Mobilisierung <= 2 Tage nach Aufnahme an allen Patienten mit Lagewechsel Bett-Stuhl "mit Unterstützung" oder "unmöglich" (Ausschluss: Patienten mit TIA und/oder Beatmung und/oder Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

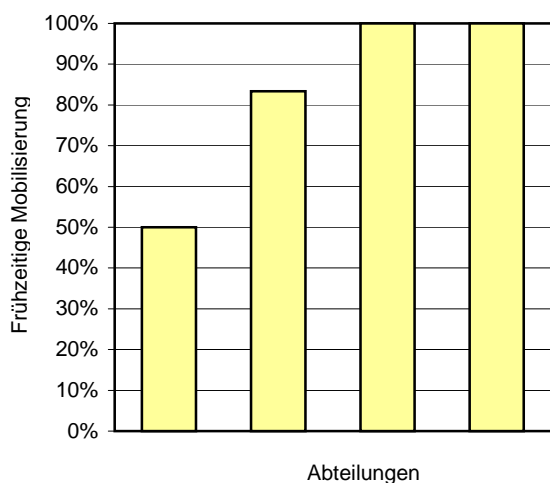
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	57,1	57,1	57,7	77,8	85,9	91,5	95,3	95,7	95,7

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
	50,0	50,0	50,0	66,7	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83291

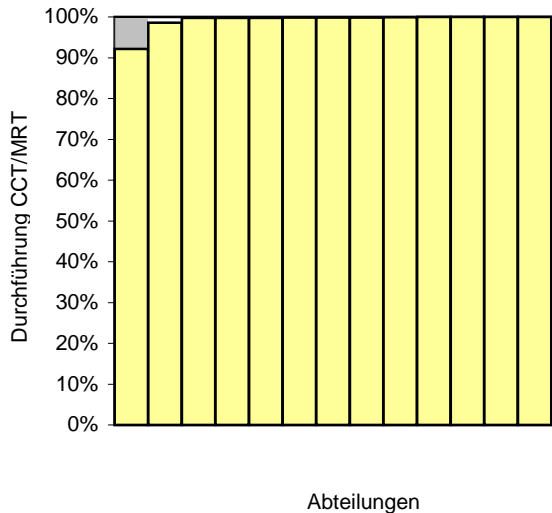
Referenzbereich: >= 95,0%

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			8.708 / 8.724	99,8%
Vertrauensbereich				99,7% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			8.482 / 8.495	99,8%
Vertrauensbereich				99,7% - 99,9%

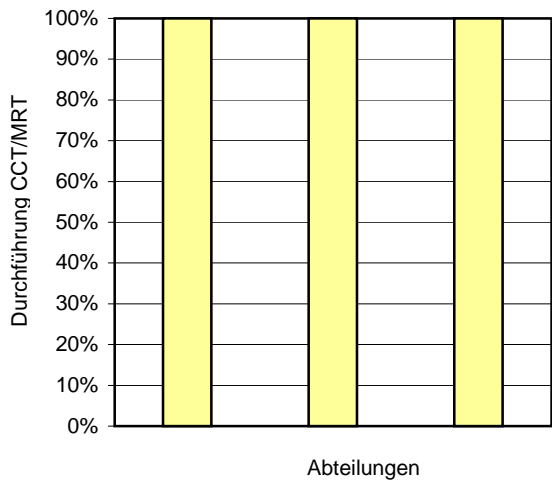
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2013/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,2	92,2	98,6	99,8	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83292

Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			7.917 / 8.176	96,8%
Vertrauensbereich				96,4% - 97,2%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

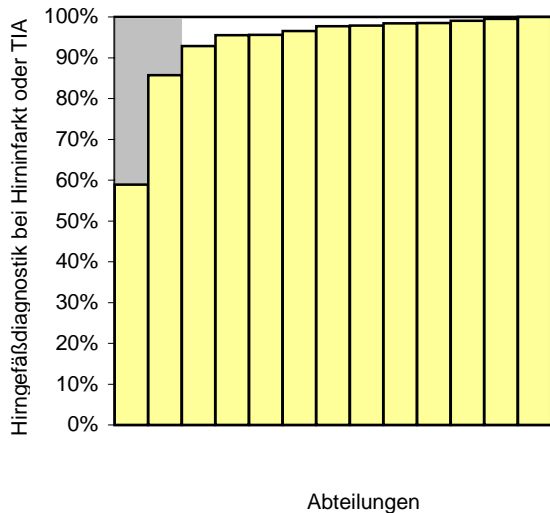
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			7.643 / 7.927	96,4%
Vertrauensbereich				96,0% - 96,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2013/apo_hh/83292]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

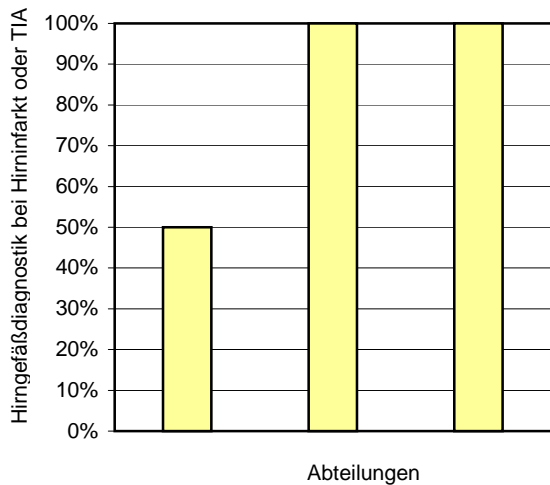
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,9	58,9	85,8	95,6	97,7	98,5	99,6	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

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

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

	Abteilung 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

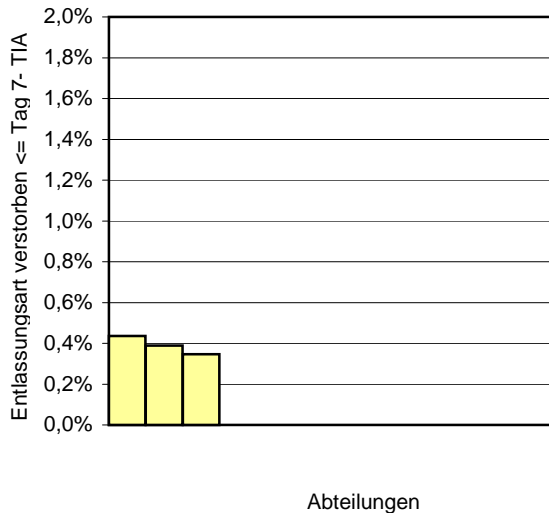
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	5 / 2.822 0,2%	173 / 5.354 3,2%	93 / 548 17,0%
Vertrauensbereich	0,1% - 0,4%	2,8% - 3,7%	13,9% - 20,4%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	■	■	■

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	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	10 / 2.804 0,4% 0,2% - 0,7%	181 / 5.123 3,5% 3,0% - 4,1%	117 / 568 20,6% 17,3% - 24,2%

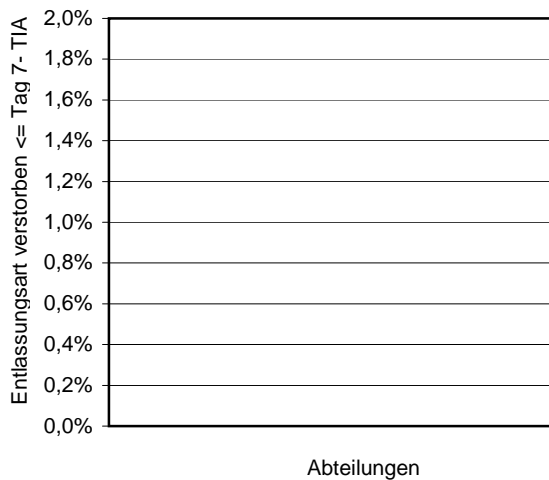
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2013/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
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	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,4	0,4

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

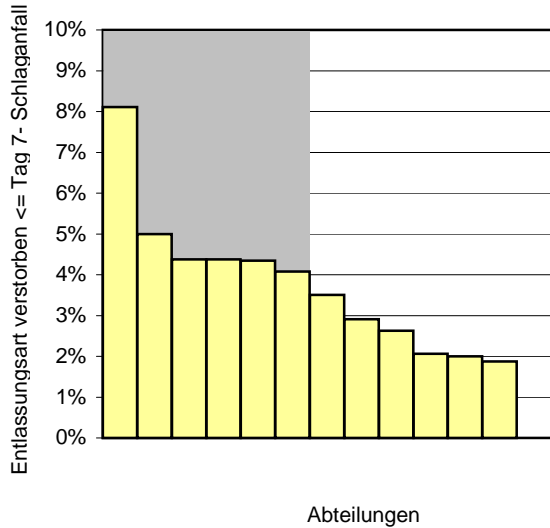


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

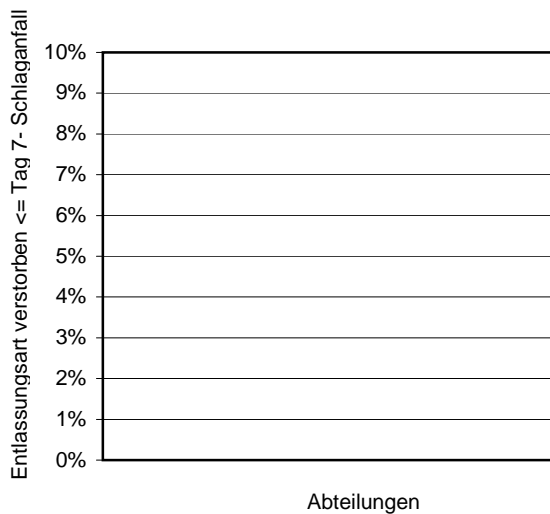
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2013/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
13 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	1,9	2,1	3,5	4,4	5,0	8,1	8,1

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

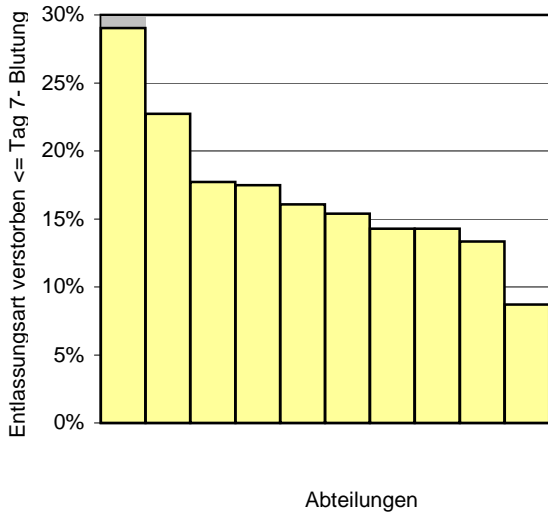


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

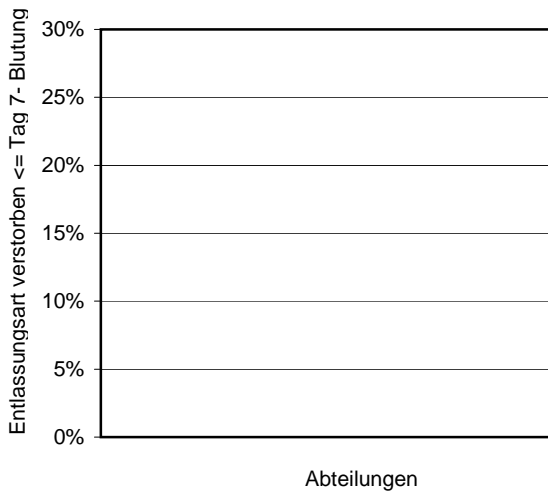
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Indikator-ID 2013/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	8,7	8,7	11,0	14,3	15,7	17,7	25,9	29,0	29,0

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



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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

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

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

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83294

Referenzbereich: $\geq 70,0\%$

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.317 / 4.856	88,9%
Vertrauensbereich				88,0% - 89,8%
Referenzbereich		$\geq 70,0\%$		$\geq 70,0\%$

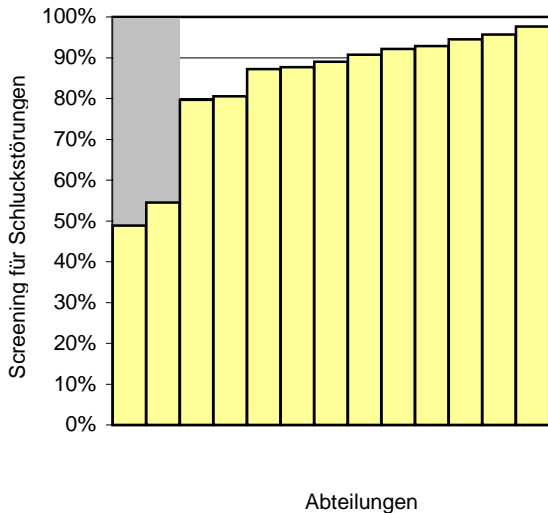
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			4.026 / 4.660	86,4%
Vertrauensbereich				85,4% - 87,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2013/apo_hh/83294]:

Anteil von Patienten mit Schlucktest nach Protokoll an allen Patienten mit Schlaganfall (Ausschluss: Patienten mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

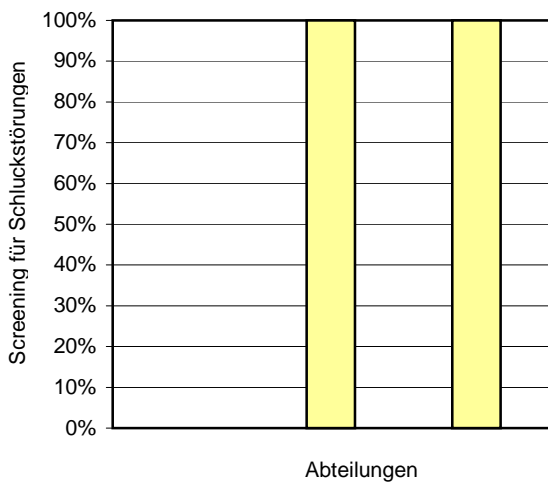
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	48,8	48,8	54,5	80,6	89,1	92,8	95,7	97,7	97,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/apo_hh/83295

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			713 / 8.724	8,2%
> 1 - <= 2 Stunden			1.284 / 8.724	14,7%
> 2 - <= 3 Stunden			959 / 8.724	11,0%
> 3 - <= 3,5 Stunden			367 / 8.724	4,2%
> 3,5 - <= 4 Stunden			323 / 8.724	3,7%
> 4 - <= 6 Stunden			917 / 8.724	10,5%
> 6 - <= 24 Stunden			1.551 / 8.724	17,8%
> 24 - <= 48 Stunden			561 / 8.724	6,4%
> 48 Stunden			1.103 / 8.724	12,6%
wake up stroke			373 / 8.724	4,3%
unbekannt			573 / 8.724	6,6%
<= 3 Stunden			2.956 / 8.724	33,9%
Vertrauensbereich				32,9% - 34,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

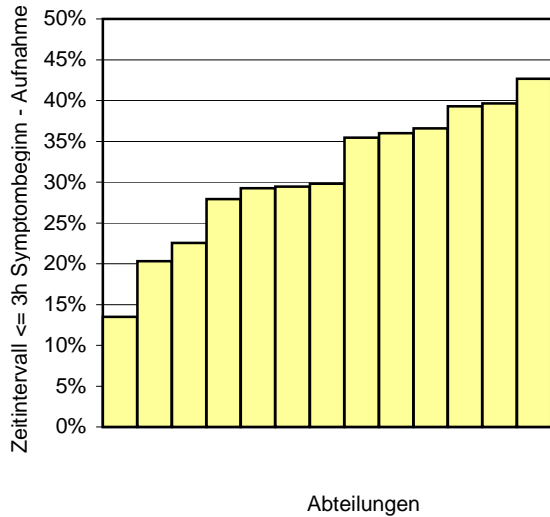
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			2.804 / 8.495	33,0%
Vertrauensbereich				32,0% - 34,0%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

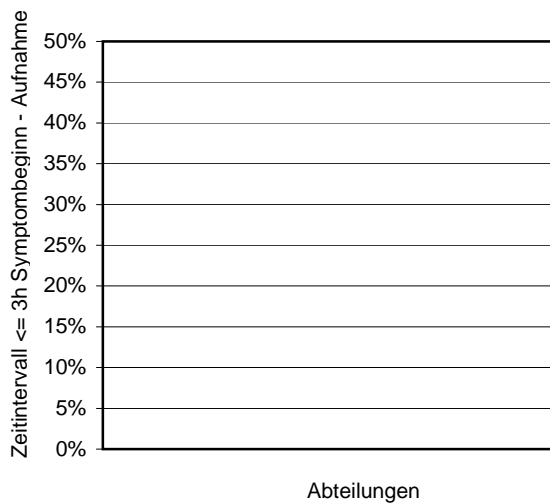
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	13,5	13,5	20,3	27,9	29,8	36,6	39,6	42,7	42,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.










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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/98323
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/83303
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/98326
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/83307
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/103490
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/103491
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	2013/apo_hh/103499
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	>= 50,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	>= 40,0%
		<= 60 Min.	>= 65,0%
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 50,0%
		<= 60 Min.	>= 65,0%
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	>= 65,0%

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

	Abteilung 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 bis 3 Stunden				
> 3 bis 6 Stunden				
> 6 Stunden				
1. Bildgebung vor Aufnahme				
keine Bildgebung erfolgt				

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	1.302 / 1.832 71,1%	567 / 913 62,1%	1.553 / 2.209 70,3%	316 / 536 59,0%
Vertrauensbereich Referenzbereich	68,9% - 73,1% >= 50,0%	58,9% - 65,3% >= 40,0%	68,3% - 72,2% >= 50,0%	
<= 60 Minuten	1.640 / 1.832 89,5%	789 / 913 86,4%	1.969 / 2.209 89,1%	460 / 536 85,8%
Vertrauensbereich Referenzbereich	88,0% - 90,9% >= 70,0%	84,0% - 88,6% >= 65,0%	87,8% - 90,4% >= 65,0%	82,6% - 88,7% >= 65,0%
> 30 - 60 Minuten	338 / 1.832 18,4%	222 / 913 24,3%	416 / 2.209 18,8%	144 / 536 26,9%
> 1 bis 3 Stunden	154 / 1.832 8,4%	85 / 913 9,3%	185 / 2.209 8,4%	54 / 536 10,1%
> 3 bis 6 Stunden	18 / 1.832 1,0%	21 / 913 2,3%	31 / 2.209 1,4%	8 / 536 1,5%
> 6 Stunden	7 / 1.832 0,4%	9 / 913 1,0%	10 / 2.209 0,5%	6 / 536 1,1%
1. Bildgebung vor Aufnahme	9 / 1.832 0,5%	9 / 913 1,0%	10 / 2.209 0,5%	8 / 536 1,5%
keine Bildgebung erfolgt	4 / 1.832 0,2%	0 / 913 0,0%	4 / 2.209 0,2%	0 / 536 0,0%

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

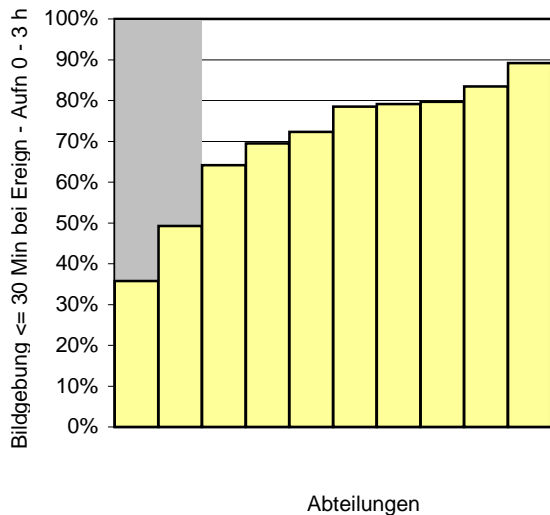
Vorjahresdaten	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	1.074 / 1.673 64,2%	601 / 1.017 59,1%	1.293 / 2.050 63,1%	
Vertrauensbereich	61,8% - 66,5%	56,0% - 62,1%	60,9% - 65,2%	
<= 60 Minuten	1.500 / 1.673 89,7%	873 / 1.017 85,8%	1.822 / 2.050 88,9%	551 / 640 86,1%
Vertrauensbereich	88,1% - 91,1%	83,5% - 87,9%	87,4% - 90,2%	83,2% - 88,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Indikator-ID 2013/apo_hh/98323]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 30 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

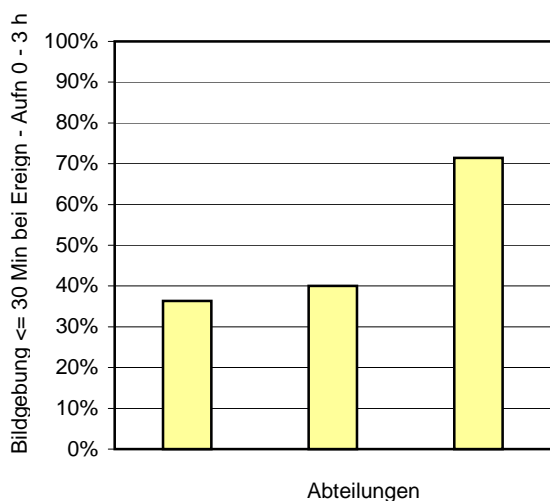
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	35,8	35,8	42,5	64,2	75,4	79,7	86,3	89,2	89,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	36,4	36,4	36,4	36,4	40,0	71,4	71,4	71,4	71,4

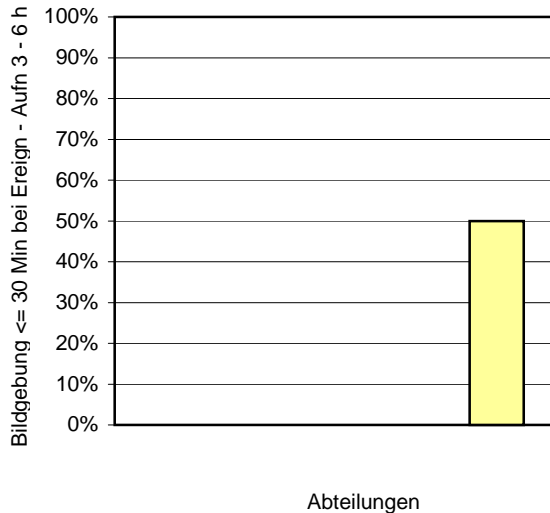
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Indikator-ID 2013/apo_hh/98326]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 30 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

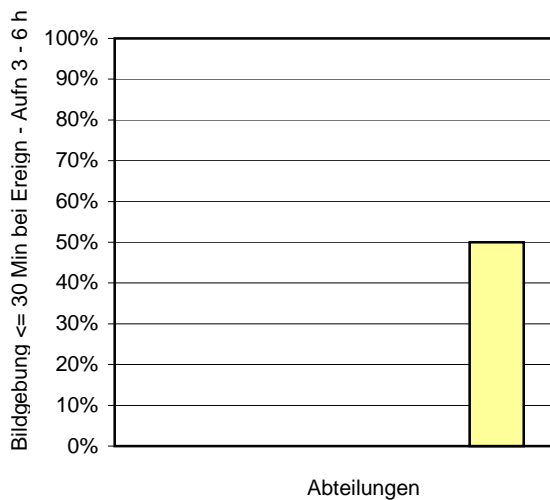
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



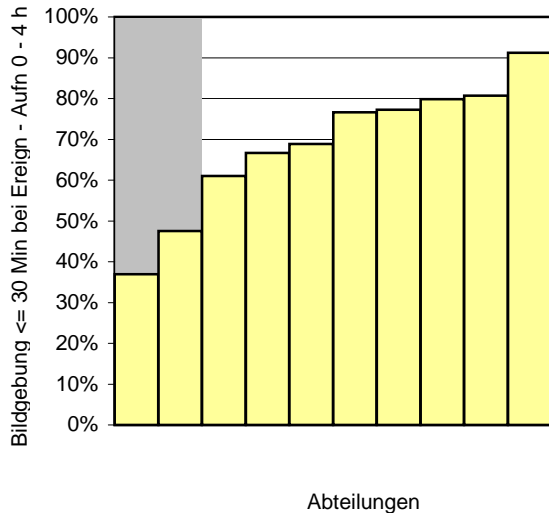
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Indikator-ID 2013/apo_hh/103490]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 30 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

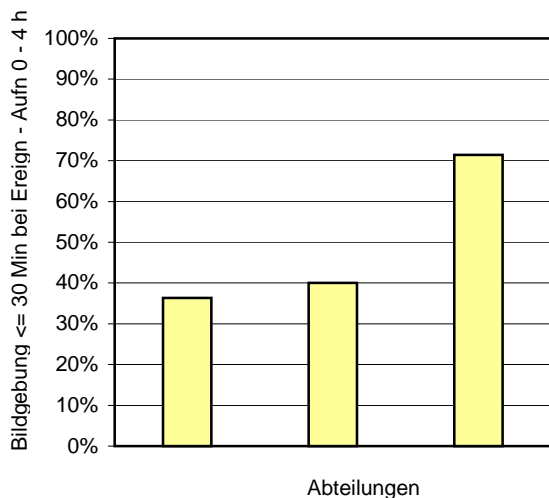
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,0	37,0	42,3	61,0	72,7	79,9	86,0	91,2	91,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	36,4	36,4	36,4	36,4	40,0	71,4	71,4	71,4	71,4

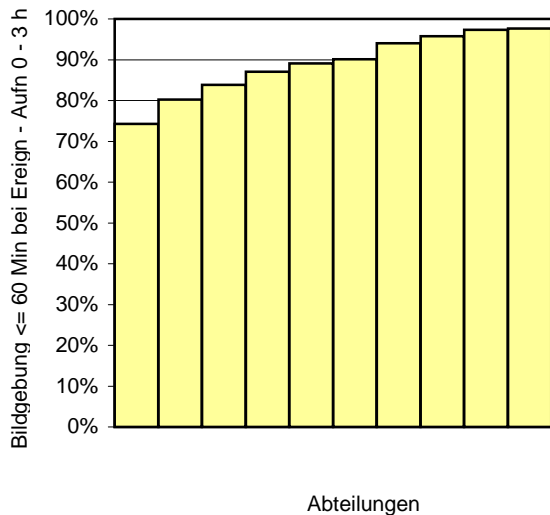
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

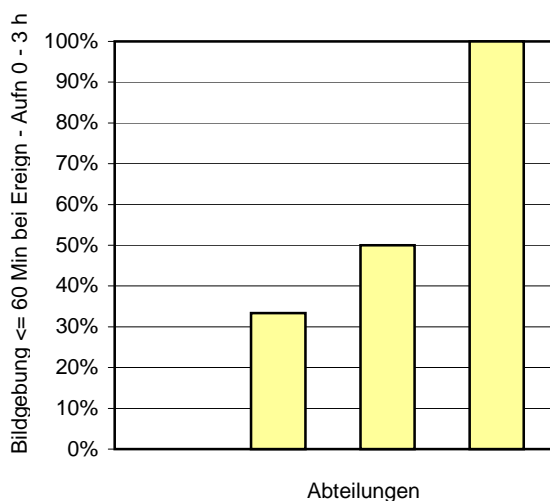
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	74,3	74,3	77,3	83,8	89,6	95,8	97,5	97,7	97,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	60,0	60,0	60,0	63,6	85,7	85,7	85,7	85,7

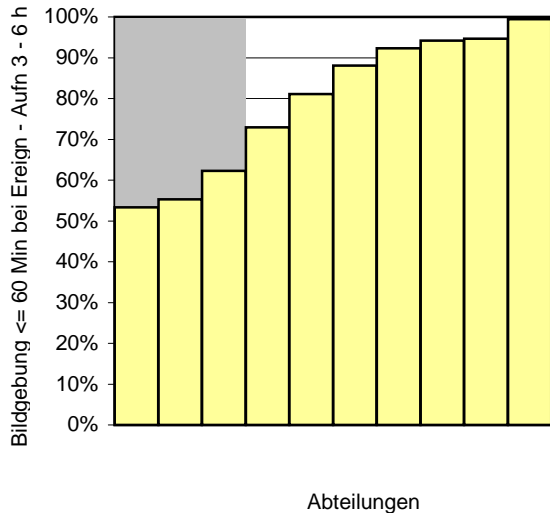
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13e, Indikator-ID 2013/apo_hh/83307]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 60 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

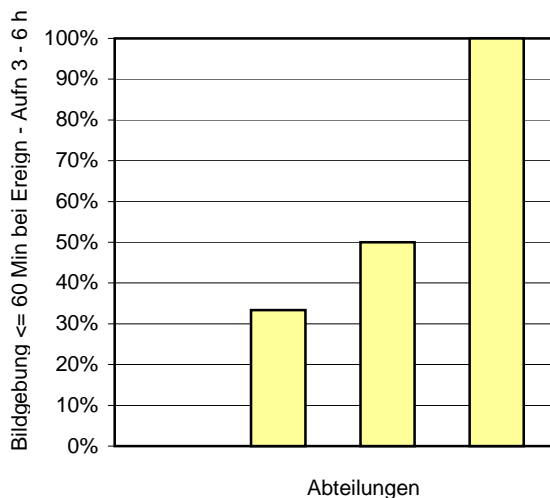
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,3	53,3	54,3	62,3	84,6	94,2	97,0	99,4	99,4

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	16,7	41,7	75,0	100,0	100,0	100,0

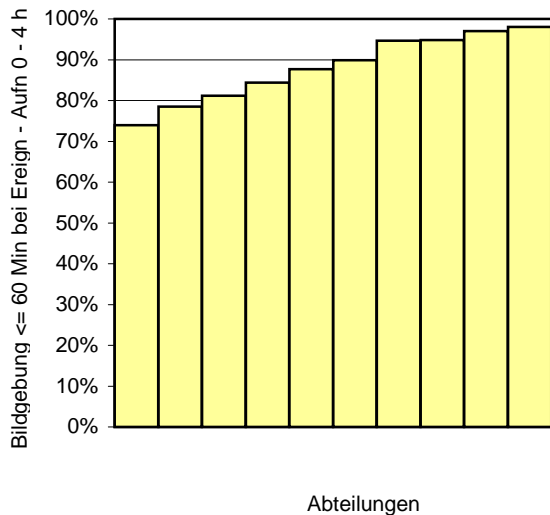
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 60 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

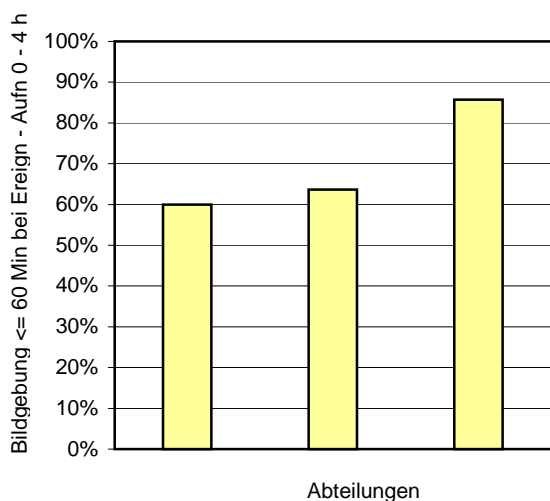
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	73,9	73,9	76,2	81,2	88,8	94,8	97,5	98,0	98,0

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
	60,0	60,0	60,0	60,0	63,6	85,7	85,7	85,7	85,7

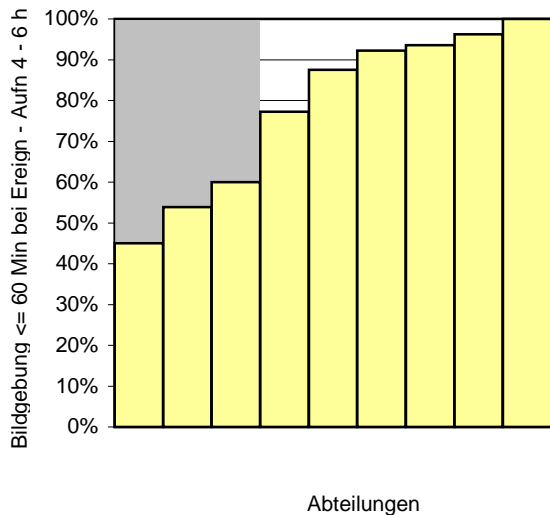
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 60 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

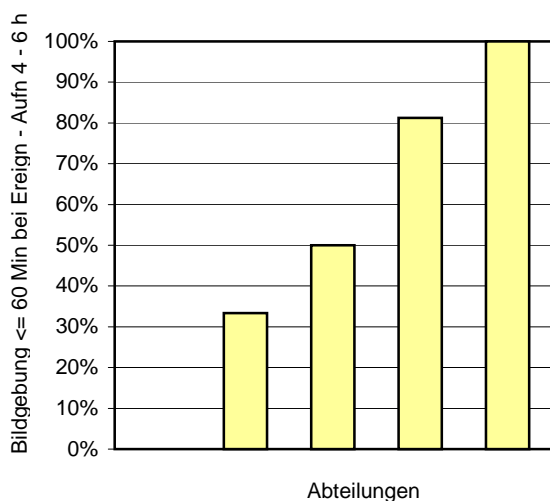
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,0	45,0	45,0	60,0	87,5	93,6	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	33,3	50,0	81,3	100,0	100,0	100,0

2 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:	2013/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2013/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2013/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2013/apo_hh/103507	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	$\geq 40,0\%$	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	$\geq 35,0\%$	
	Gruppe 4:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	

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

Gesamt 2013				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	562 / 905 62,1%	51 / 435 11,7%	601 / 1.064 56,5%	12 / 276 4,3%
Vertrauensbereich	58,8% - 65,3%	8,9% - 15,1%	53,4% - 59,5%	2,3% - 7,5%
Referenzbereich	$\geq 40,0\%$	nicht definiert	$\geq 35,0\%$	nicht definiert

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

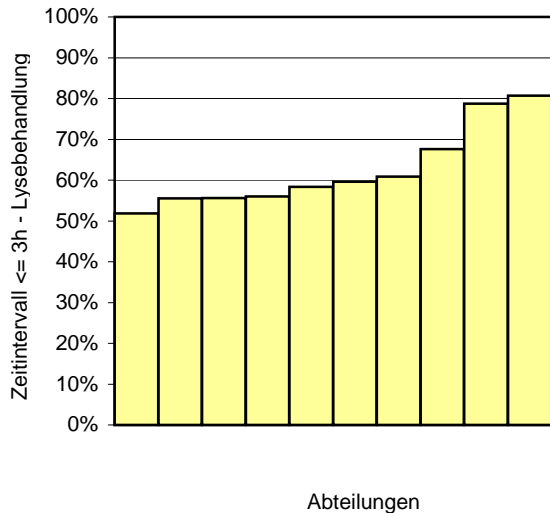
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	492 / 828 59,4%	57 / 429 13,3%	526 / 981 53,6%	23 / 276 8,3%
	56,0% - 62,8%	10,2% - 16,9%	50,4% - 56,8%	5,3% - 12,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Indikator-ID 2013/apo_hh/83311]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

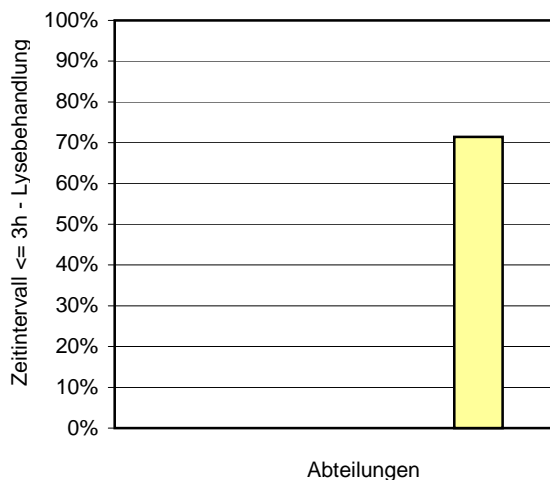
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	51,9	51,9	53,7	55,6	59,0	67,6	79,7	80,7	80,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	71,4	71,4	71,4	71,4

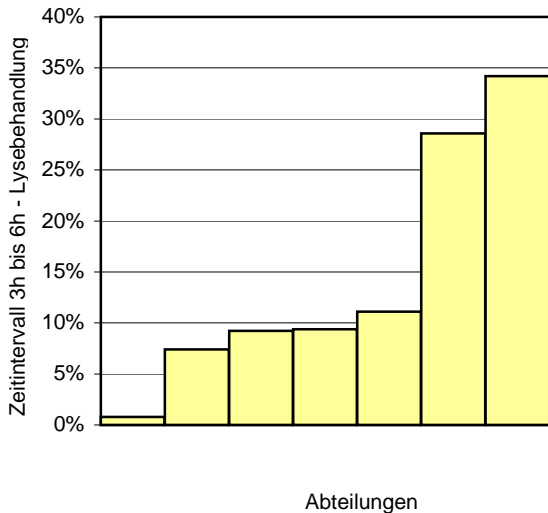
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Indikator-ID 2013/apo_hh/83312]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

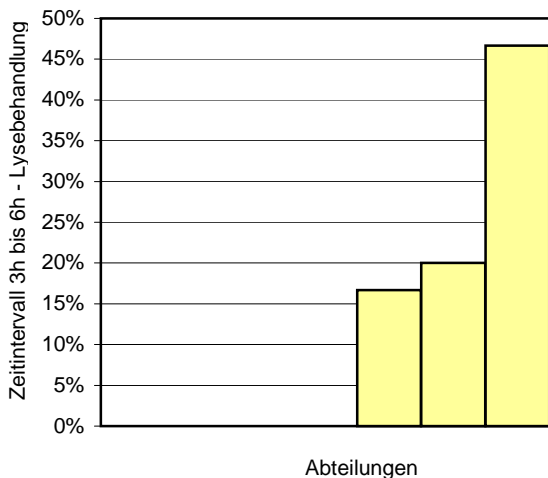
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,8	0,8	0,8	7,4	9,4	28,6	34,2	34,2	34,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	46,7	46,7	46,7

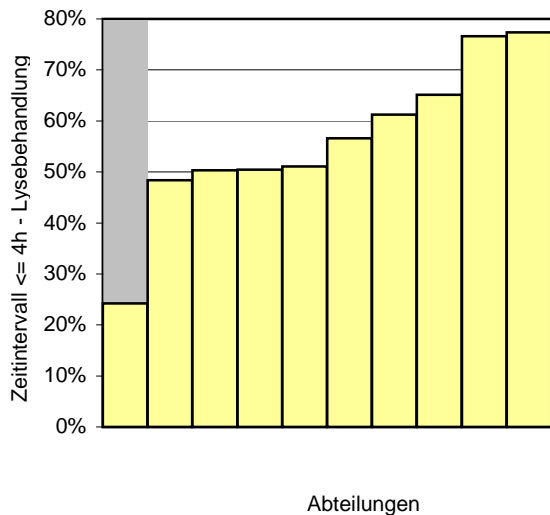
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Indikator-ID 2013/apo_hh/103506]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

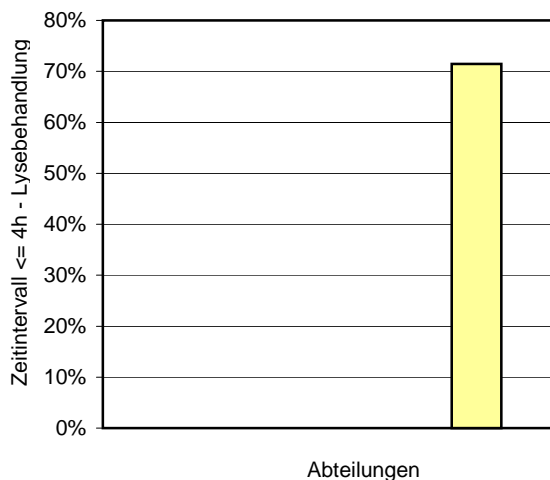
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,2	24,2	36,3	50,3	53,9	65,1	77,0	77,4	77,4

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	71,4	71,4	71,4	71,4

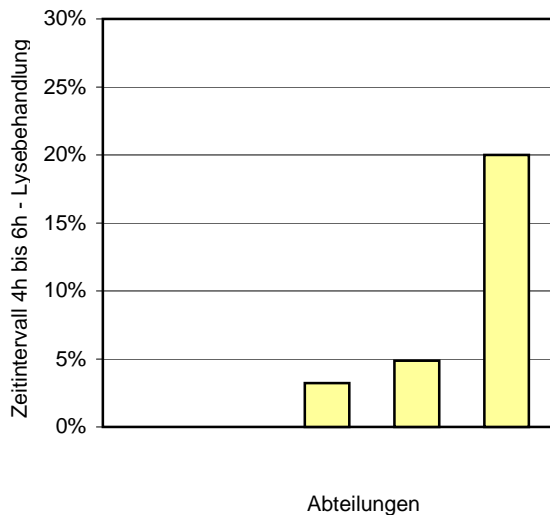
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Indikator-ID 2013/apo_hh/103507]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

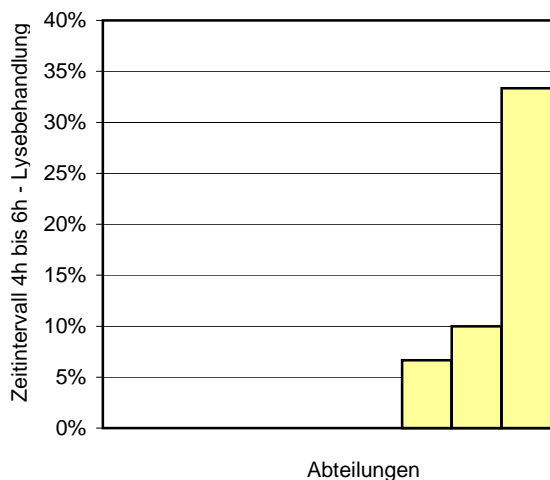
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	4,9	20,0	20,0	20,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.










Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	33,3	33,3	33,3

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 4 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/83314
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/83313
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/83321
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/83320
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2013/apo_hh/103508
		<= 60 Min.	2013/apo_hh/103509
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	2013/apo_hh/103518
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min.	>= 20,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	>= 10,0%
		<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 20,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

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

	Abteilung 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 - 2 Stunden				
> 2 - 3 Stunden				
> 3 - 4 Stunden				
> 4 - 6 Stunden				
> 6 Stunden				
keine Lyse durchgeführt				

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	306 / 622 49,2%	30 / 61 49,2%	329 / 668 49,3%	7 / 15 46,7%
Vertrauensbereich Referenzbereich	45,2% - 53,2% >= 20,0%	36,1% - 62,3% >= 10,0%	45,4% - 53,1% >= 20,0%	
<= 60 Minuten	559 / 622 89,9%	55 / 61 90,2%	602 / 668 90,1%	12 / 15 80,0%
Vertrauensbereich Referenzbereich	87,2% - 92,1% >= 70,0%	79,7% - 96,4% nicht definiert	87,6% - 92,3% >= 70,0%	51,9% - 95,7% nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	253 / 622 40,7%	25 / 61 41,0%	273 / 668 40,9%	5 / 15 33,3%
> 1 - 2 Stunden	48 / 622 7,7%	2 / 61 3,3%	50 / 668 7,5%	0 / 15 0,0%
> 2 - 3 Stunden	13 / 622 2,1%	1 / 61 1,6%	14 / 668 2,1%	0 / 15 0,0%
> 3 - 4 Stunden	1 / 622 0,2%	1 / 61 1,6%	1 / 668 0,1%	1 / 15 6,7%
> 4 - 6 Stunden	0 / 622 0,0%	1 / 61 1,6%	0 / 668 0,0%	1 / 15 6,7%
> 6 Stunden	1 / 622 0,2%	1 / 61 1,6%	1 / 668 0,1%	1 / 15 6,7%
keine Lyse durchgeführt	0 / 622 0,0%	0 / 61 0,0%	0 / 668 0,0%	0 / 15 0,0%

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

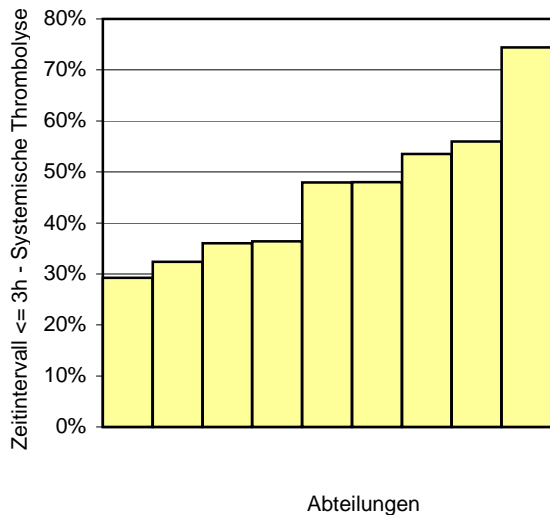
Vorjahresdaten	Abteilung 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	166 / 550 30,2%	13 / 63 20,6%	174 / 588 29,6%	
Vertrauensbereich	26,4% - 34,2%	11,4% - 32,8%	25,9% - 33,5%	
<= 60 Minuten	472 / 550 85,8%	53 / 63 84,1%	504 / 588 85,7%	21 / 25 84,0%
Vertrauensbereich	82,6% - 88,6%	72,7% - 92,2%	82,6% - 88,4%	63,9% - 95,5%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

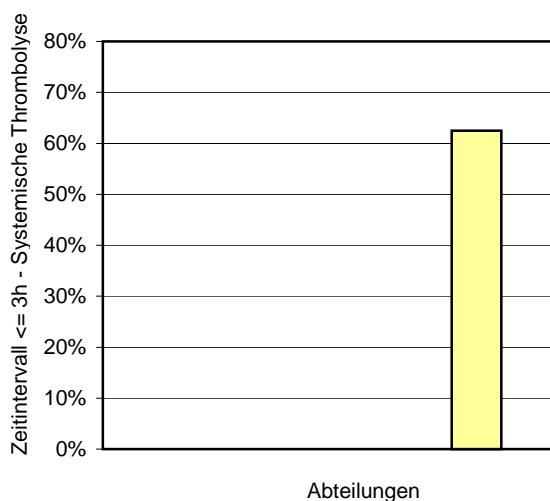
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	29,2	29,2	29,2	36,0	47,9	53,5	74,4	74,4	74,4

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	62,5	62,5	62,5	62,5

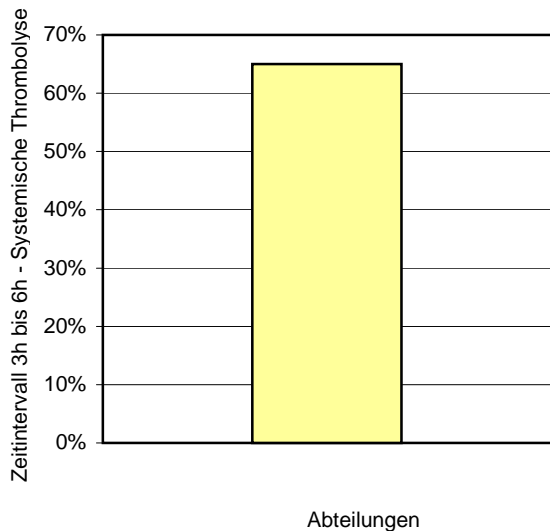
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

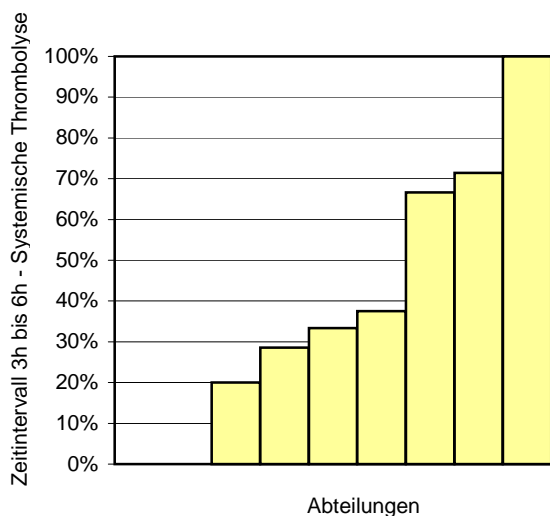
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,0	65,0	65,0	65,0	65,0	65,0	65,0	65,0	65,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	20,0	33,3	66,7	100,0	100,0	100,0

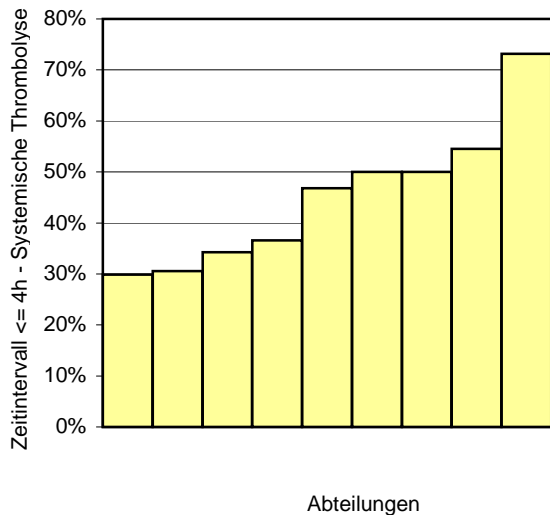
6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

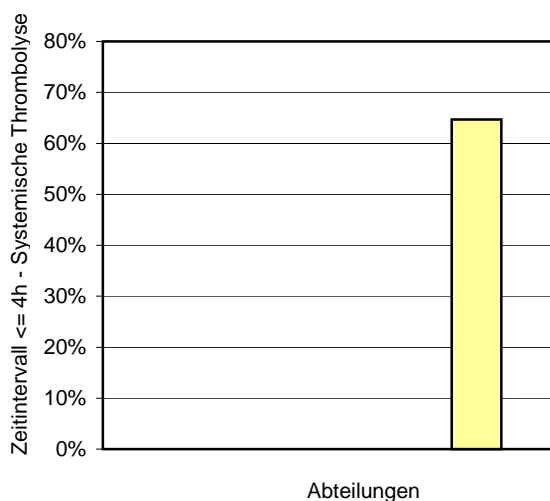
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	29,9	29,9	29,9	34,3	46,8	50,0	73,2	73,2	73,2

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	64,7	64,7	64,7	64,7

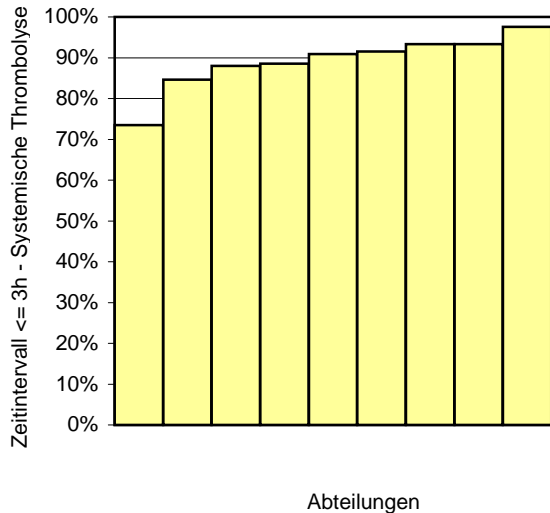
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

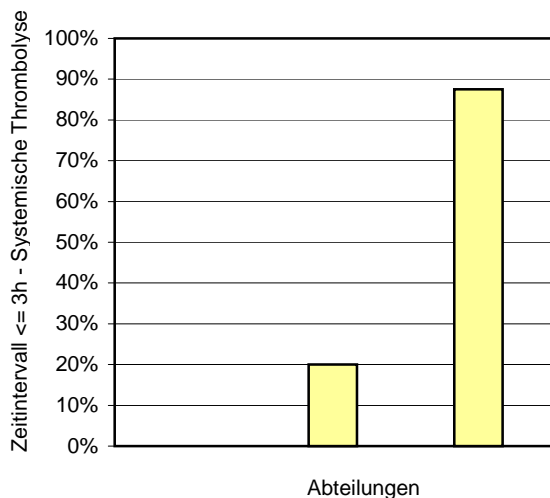
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	73,5	73,5	73,5	88,0	90,9	93,3	97,6	97,6	97,6

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
	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	87,5	87,5	87,5	87,5

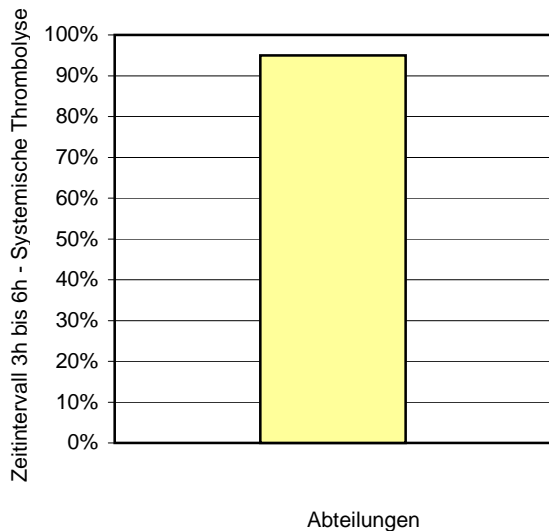
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

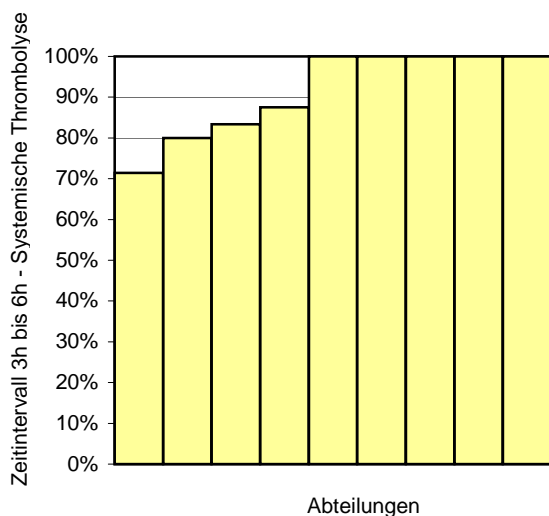
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,4	71,4	71,4	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

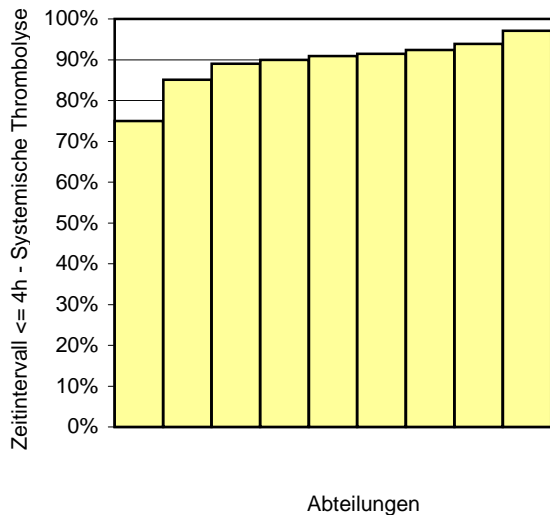
6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15f, Indikator-ID 2013/apo_hh/103509]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

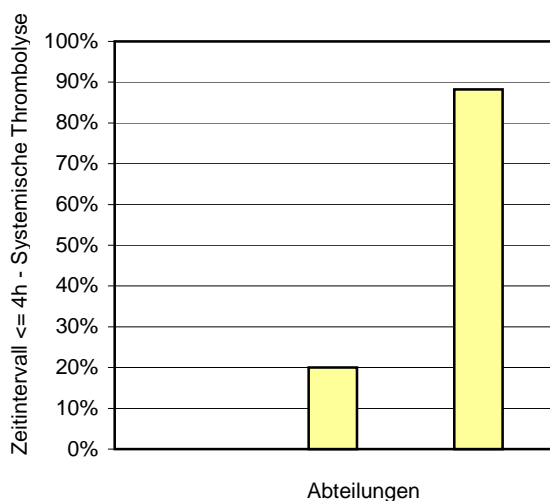
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	89,0	90,9	92,4	97,1	97,1	97,1

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
	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	88,2	88,2	88,2	88,2

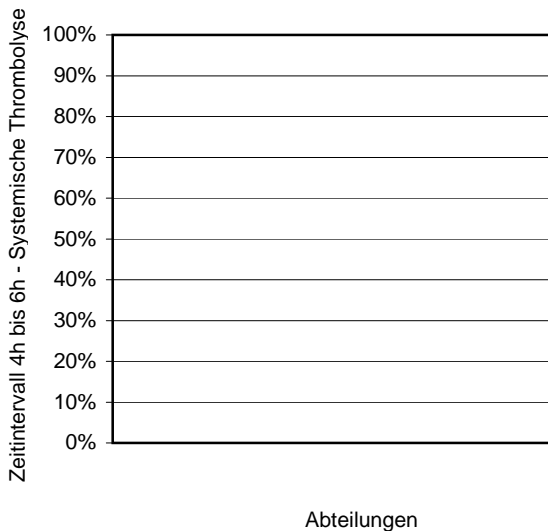
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

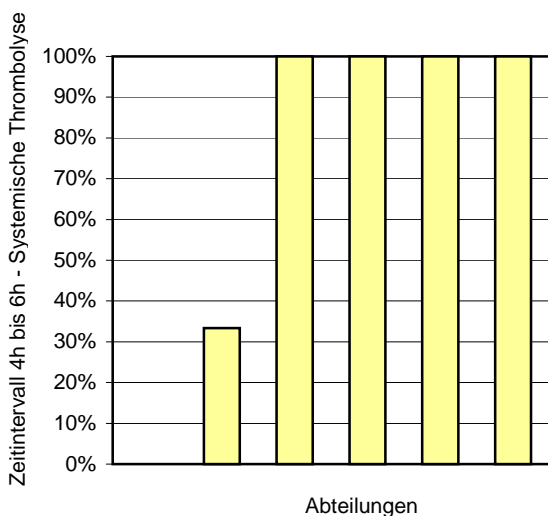
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

10 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2013/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 40,0%

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.446 / 8.724 51,0%
Vertrauensbereich		49,9% - 52,0%
Referenzbereich	>= 40,0%	>= 40,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012	Gesamt 2012
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.289 / 8.495 50,5%
Vertrauensbereich		49,4% - 51,6%

Abteilung 2013

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

Gesamt 2013

	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	1.218 14,0%	870 10,0%	512 5,9%	220 2,5%	80 0,9%	24 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	86 1,0%	548 6,3%	655 7,5%	339 3,9%	119 1,4%	42 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	27 0,3%	65 0,7%	461 5,3%	645 7,4%	158 1,8%	59 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	10 0,1%	21 0,2%	65 0,7%	361 4,1%	344 3,9%	121 1,4%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	6 0,1%	6 0,1%	19 0,2%	59 0,7%	307 3,5%	258 3,0%
5 schwere Funktionseinschränkung	4 0,0%	3 0,0%	15 0,2%	31 0,4%	57 0,7%	514 5,9%
6 Tod	5 0,1%	4 0,0%	8 0,1%	14 0,2%	38 0,4%	326 3,7%
Rankin bei Entlassung						

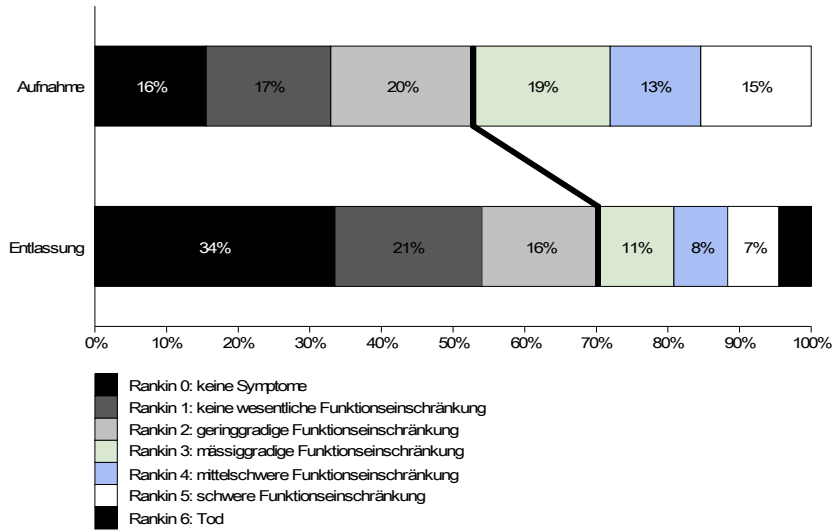
**Vorjahresdaten
Abteilung 2012**

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

**Vorjahresdaten
Gesamt 2012**

	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	1.172 13,8%	790 9,3%	432 5,1%	224 2,6%	85 1,0%	18 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	82 1,0%	505 5,9%	667 7,9%	332 3,9%	111 1,3%	37 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	15 0,2%	52 0,6%	422 5,0%	628 7,4%	158 1,9%	52 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	6 0,1%	18 0,2%	56 0,7%	388 4,6%	365 4,3%	105 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	7 0,1%	8 0,1%	22 0,3%	76 0,9%	315 3,7%	285 3,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,0%	12 0,1%	27 0,3%	71 0,8%	496 5,8%
6 Tod	0 0,0%	5 0,1%	6 0,1%	28 0,3%	45 0,5%	369 4,3%
	Rankin bei Entlassung					

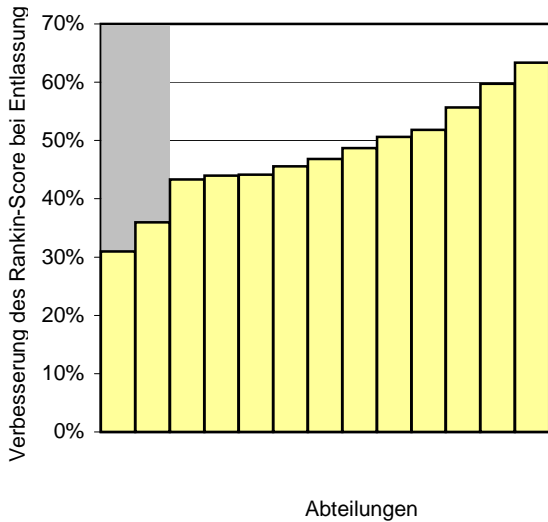
Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

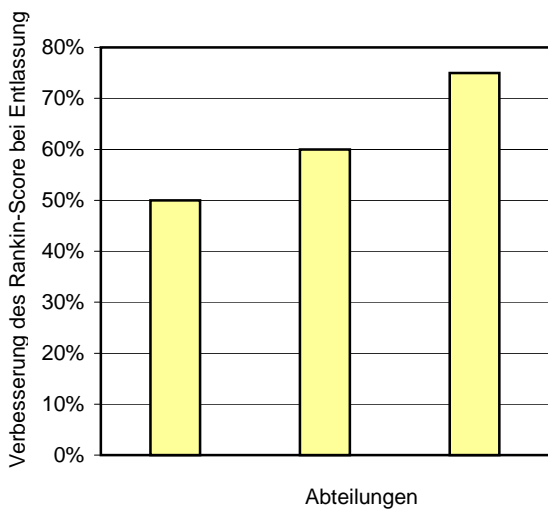
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Indikator-ID 2013/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	31,0	31,0	35,9	44,0	46,8	51,8	59,7	63,4	63,4

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
	50,0	50,0	50,0	50,0	60,0	75,0	75,0	75,0	75,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.750	24,3	2.821	26,0
2. Quartal			2.831	25,0	2.668	24,6
3. Quartal			2.859	25,3	2.696	24,9
4. Quartal			2.874	25,4	2.645	24,4
Gesamt			11.314		10.830	

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

Patienten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			8.724		8.495	
Median				75,0		75,0
Geschlecht						
männlich			4.320	49,5	4.259	50,1
weiblich			4.404	50,5	4.236	49,9

Aufnahme

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			6.739	77,2	6.556	77,2
Sonnabend oder Sonntag			1.985	22,8	1.939	22,8
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			4.258	48,8	4.286	50,5
nein			4.366	50,0	4.102	48,3
nicht bestimmbar			100	1,1	107	1,3
Sprachstörung						
ja			2.178	25,0	2.027	23,9
nein			6.349	72,8	6.236	73,4
nicht bestimmbar			197	2,3	232	2,7
Sprechstörung						
ja			2.866	32,9	2.632	31,0
nein			5.560	63,7	5.505	64,8
nicht bestimmbar			298	3,4	358	4,2
Schluckstörung						
ja			1.583	18,1	1.514	17,8
nein			6.687	76,7	6.578	77,4
nicht bestimmbar			454	5,2	403	4,7
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			7.932	90,9	7.725	90,9
somnolent-stuporös			605	6,9	582	6,9
komatös			187	2,1	188	2,2
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			713	8,2	701	8,3
> 1 - <= 2 Stunden			1.284	14,7	1.192	14,0
> 2 - <= 3 Stunden			959	11,0	911	10,7
> 3 - <= 3,5 Stunden			367	4,2	370	4,4
> 3,5 - <= 4 Stunden			323	3,7	348	4,1
> 4 - <= 6 Stunden			917	10,5	1.014	11,9
> 6 - <= 24 Stunden			1.551	17,8	1.615	19,0
> 24 - <= 48 Stunden			561	6,4	610	7,2
> 48 Stunden			1.103	12,6	1.008	11,9
unbekannt			573	6,6	431	5,1
wake up stroke			373	4,3	295	3,5

Diagnostik

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			8.219	94,2	8.007	94,3
Bildgebung-MRT nach Ereignis			5.594	64,1	5.341	62,9
Frische Läsion in der Bildgebung			5.003	57,3	4.839	57,0
Schlucktest nach Protokoll			7.339	84,1	6.864	80,8
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			1.042	11,9	976	11,5
>= 1 - 24 Stunden			2.136	24,5	2.024	23,8
> 24 Stunden			5.546	63,6	5.495	64,7
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			8.182	93,8	7.908	93,1
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			8.092	92,8	7.815	92,0
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			1.901	21,8	1.784	21,0
früherer Schlaganfall			2.582	29,6	2.517	29,6
Vorhofflimmern			2.293	26,3	2.167	25,5
Komplikationen						
keine Komplikationen			7.628		7.339	
Pneumonie			475		519	
erhöhter Hirndruck			220		257	
andere Komplikationen			655		661	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.354	61,4	5.123	60,3
TIA			2.822	32,3	2.804	33,0
ICB			548	6,3	568	6,7
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			1.505	17,3	1.503	17,7
gelegentlicher Verlust			899	10,3	967	11,4
kontinent			6.320	72,4	6.025	70,9
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			1.622	18,6	1.676	19,7
grosse Unterstützung			974	11,2	952	11,2
geringe Unterstützung			1.565	17,9	1.308	15,4
vollständig selbstständig			4.563	52,3	4.559	53,7
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			1.870	21,4	1.893	22,3
grosse Unterstützung			1.076	12,3	1.104	13,0
geringe Unterstützung			1.615	18,5	1.568	18,5
vollständig selbstständig			4.163	47,7	3.930	46,3
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			1.057	12,1	1.019	12,0
gelegentlicher Verlust			812	9,3	818	9,6
kontinent			6.460	74,0	6.205	73,0
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			789	9,0	794	9,3
grosse Unterstützung			618	7,1	622	7,3
geringe Unterstützung			1.001	11,5	863	10,2
vollständig selbstständig			5.921	67,9	5.763	67,8
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			936	10,7	952	11,2
grosse Unterstützung			732	8,4	727	8,6
geringe Unterstützung			1.183	13,6	1.089	12,8
vollständig selbstständig			5.478	62,8	5.274	62,1

Rankin Skala

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			1.356	15,5	1.283	15,1
Rankin 1			1.517	17,4	1.380	16,2
Rankin 2			1.735	19,9	1.617	19,0
Rankin 3			1.669	19,1	1.703	20,0
Rankin 4			1.103	12,6	1.150	13,5
Rankin 5			1.344	15,4	1.362	16,0
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			2.924	33,5	2.721	32,0
Rankin 1			1.789	20,5	1.734	20,4
Rankin 2			1.415	16,2	1.327	15,6
Rankin 3			922	10,6	938	11,0
Rankin 4			655	7,5	713	8,4
Rankin 5			624	7,2	609	7,2
Tod			395	4,5	453	5,3

Rehabilitation

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.151	70,5	5.493	64,7
> Tag 2 nach Aufnahme			204	2,3	242	2,8
keine			2.369	27,2	2.760	32,5
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			7.850	90,0	7.612	89,6
> Tag 2 nach Aufnahme			341	3,9	301	3,5
keine			533	6,1	582	6,9
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			7.283	83,5	6.909	81,3
> Tag 2 nach Aufnahme			257	2,9	273	3,2
keine			1.184	13,6	1.313	15,5

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			1.988	22,8	1.834	21,6
Beatmung			329	3,8	304	3,6
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			6.807	78,0	6.700	78,9
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			6.353	72,8	6.327	74,5
Thromboseprophylaxe			7.979	91,5	7.898	93,0

Entlassung

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			8.586	98,4	8.381	98,7
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			7.437	85,2	6.825	80,3
Entlassungsart						
verstorben			395	4,5	453	5,3
nach Hause			4.925	56,5	4.805	56,6
Pflegeeinrichtung/Heim			630	7,2	631	7,4
andere Abteilung			323	3,7	345	4,1
externe (Akut)Klinik			161	1,8	145	1,7
Reha-Klinik			2.290	26,2	2.116	24,9
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			8.724	100,0	8.495	100,0
Mittelwert				8,1		8,7
Median				6,0		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			760	8,7	691	8,1
Lyse i.a.			106	1,2	103	1,2
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			363	4,2	200	2,4
> 30 - <= 60 Minuten			327	3,7	409	4,8
> 1 - <= 2 Stunden			65	0,7	92	1,1
> 2 - <=3 Stunden			16	0,2	20	0,2
> 3 - <=4 Stunden			3	0,0	1	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			2	0,0	2	0,0
> 6 Stunden			5	0,1	1	0,0
keine Lyse durchgeführt			7.943	91,0	7.770	91,5
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			3.932	45,1	3.525	41,5
> 30 - <= 60 Minuten			2.442	28,0	2.759	32,5
> 1 - <= 3 Stunden			1.529	17,5	1.410	16,6
> 3 - <= 6 Stunden			321	3,7	339	4,0
> 6 Stunden			225	2,6	215	2,5
1. Bildgebung vor Aufnahme			259	3,0	234	2,8
keine Bildgebung erfolgt			16	0,2	13	0,2
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			4.555	52,2	4.423	52,1
3 - 8 (mittel)			2.551	29,2	2.463	29,0
9 - 20 (schwerwiegend)			1.207	13,8	1.139	13,4
> 20 (sehr schwerwiegend)			337	3,9	357	4,2
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			5.744	65,8	5.323	62,7
Hypercholesterinämie			3.842	44,0	3.588	42,2
keine Angabe			1.631	18,7	2.027	23,9
Sekundärprophylaxe						
Statine			4.711	54,0	4.301	50,6
Antihypertensiva			5.475	62,8	5.111	60,2
Antidiabetika			1.347	15,4	1.176	13,8
keine Angabe			1.877	21,5	2.142	25,2
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			5.907	67,7	5.218	61,4
Pflege zu Hause			772	8,8	672	7,9
Pflege in Institution			762	8,7	575	6,8
keine Angabe			1.283	14,7	2.030	23,9

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2013.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten 'Sentinel Event'-Indikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich 'Sentinel Event' aufgeführt.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein 'Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.' bzw. 'nicht definiert' platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle 'Vorjahresdaten' und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle 'Vorjahresdaten' und der Auswertung 2012 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle 'Vorjahresdaten' erläutert.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die grau hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

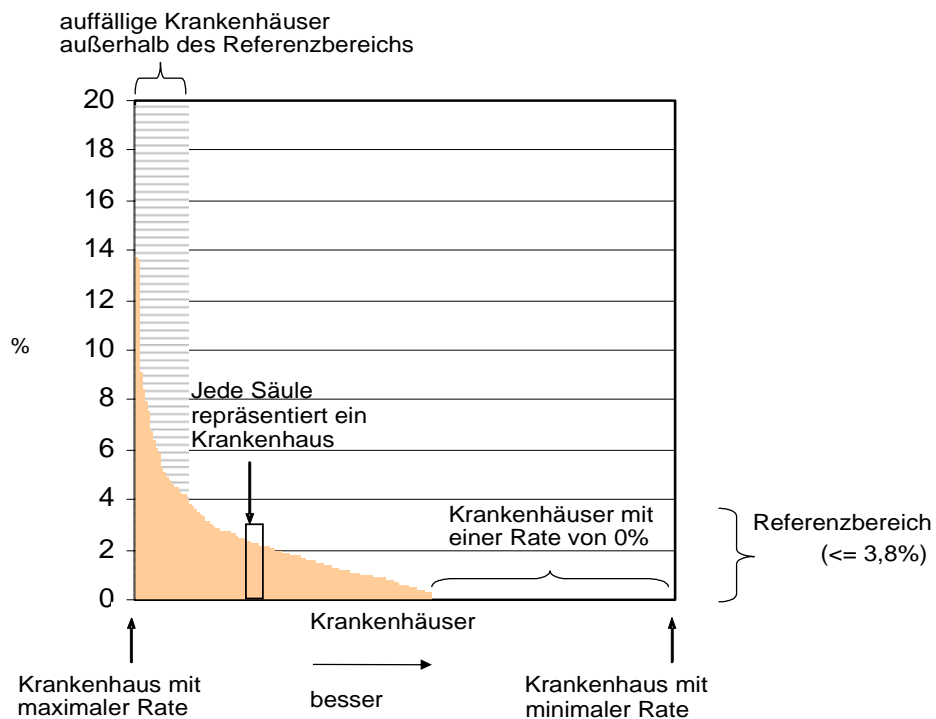
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z.B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

7. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

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

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