

# Auswertung 2. Quartal 2014 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 12  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.489  
Datensatzversion: apo\_hh 2014 2.0  
Datenbankstand: 04. August 2014  
2014 - D14531-L91480-P44339

**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](mailto:info-hh@bqs-institut.de)

URL: [www.bqs-institut.de](http://www.bqs-institut.de)

## Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2014 im II. Quartal stationär aufgenommen wurden.

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen für die Vorjahresdaten in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2013 im II. Quartal stationär aufgenommen wurden.

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2014/apo_hh/83254 <b>QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)</b>			89,0%	>= 55,0%	1.1
2014/apo_hh/83284 <b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			93,6%	>= 80,0%	1.3
2014/apo_hh/83285 <b>QI 3: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			90,8%	>= 75,0%	1.5
2014/apo_hh/83286 <b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,5%	>= 90,0%	1.7
2014/apo_hh/83287 <b>QI 5: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,2%	>= 90,0%	1.9
2014/apo_hh/83288 <b>QI 6: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			81,4%	>= 65,0%	1.11
2014/apo_hh/83290 <b>QI 7: Frühzeitige Mobilisierung</b>			89,2%	>= 75,0%	1.13

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2014/apo_hh/83291 <b>QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall</b>			99,9%	>= 95,0%	1.15
2014/apo_hh/83292 <b>QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA</b>			97,4%	>= 90,0%	1.17
<b>QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall</b>					
2014/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,2%	<= 0,5%	1.19
2014/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			3,0%	<= 4,0%	1.19
2014/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			19,8%	<= 25,0%	1.19
2014/apo_hh/83294 <b>QI 11: Screening für Schluckstörungen</b>			91,3%	>= 70,0%	1.24
2014/apo_hh/83295 <b>QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			34,5%	nicht definiert	1.26

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme</b>					
2014/apo_hh/98323 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			75,9%	>= 50,0%	1.28
2014/apo_hh/98326 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			63,3%	>= 40,0%	1.28
2014/apo_hh/103490 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			73,5%	>= 50,0%	1.28
2014/apo_hh/83303 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			90,9%	>= 70,0%	1.28
2014/apo_hh/83307 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			91,8%	>= 65,0%	1.28
2014/apo_hh/103491 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			91,4%	>= 65,0%	1.28
2014/apo_hh/103499 > 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			90,1%	>= 65,0%	1.28

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 14: Thrombolyserate</b>					
2014/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			55,1%	>= 40,0%	1.39
2014/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			22,2%	nicht definiert	1.39
2014/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			49,8%	>= 35,0%	1.39
2014/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			16,0%	nicht definiert	1.39

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 15: Systemische Thrombolyse</b>					
<b>door-to-needle-time</b>					
2014/apo_hh/83314 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			61,1%	>= 20,0%	1.45
2014/apo_hh/83321 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			45,0%	>= 10,0%	1.45
2014/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			59,7%	>= 20,0%	1.45
2014/apo_hh/83313 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			92,9%	>= 70,0%	1.45
2014/apo_hh/83320 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			90,0%	nicht definiert	1.45
2014/apo_hh/103509 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			92,1%	>= 70,0%	1.45
2014/apo_hh/103518 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			100,0%	nicht definiert	1.45
2014/apo_hh/83372 <b>QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score</b> <b>Aufnahme versus Entlassung</b>			52,8%	>= 40,0%	1.56

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

**Indikator-ID:** 2014/apo\_hh/83254

**Referenzbereich:** >= 55,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.684 / 1.893	89,0% 87,5% - 90,3% >= 55,0%

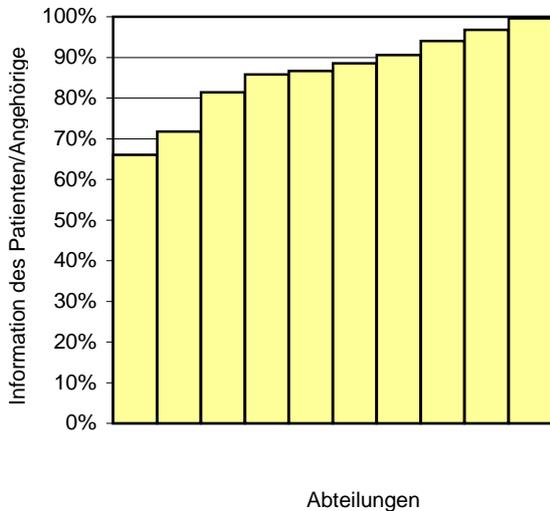
<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			1.766 / 2.065	85,5% 83,9% - 87,0%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83254]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

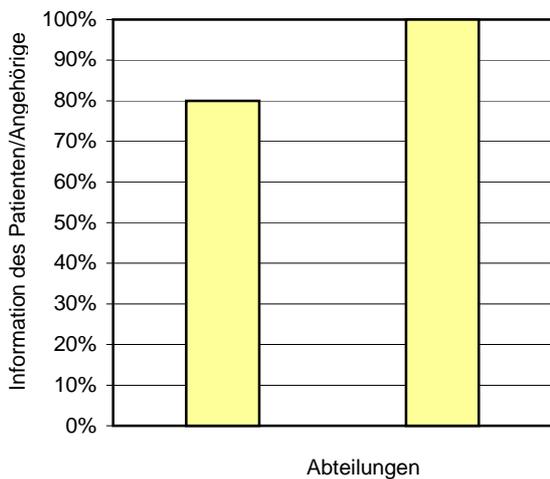
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,0	66,0	68,9	81,4	87,6	94,0	98,2	99,6	99,6

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0	80,0	80,0	80,0	90,0	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:** 2014/apo\_hh/83284

**Referenzbereich:** >= 80,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich			615 / 657	93,6% 91,5% - 95,4% >= 80,0%

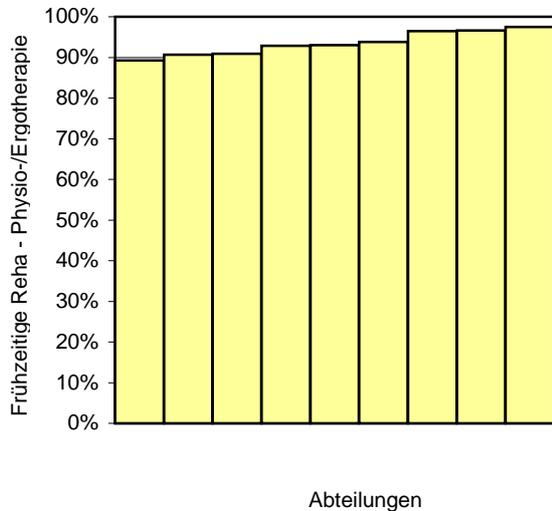
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			680 / 728	93,4% 91,3% - 95,1%

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

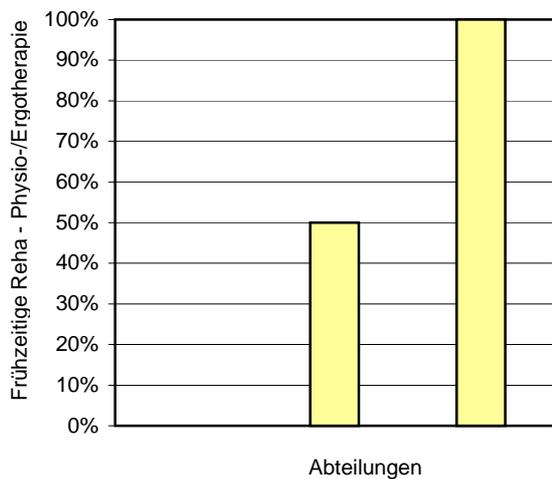
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,3	89,3	89,3	90,9	93,0	96,5	97,5	97,5	97,5

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

**Indikator-ID:** 2014/apo\_hh/83285

**Referenzbereich:** >= 75,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			644 / 709	90,8%
Vertrauensbereich				88,5% - 92,9%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

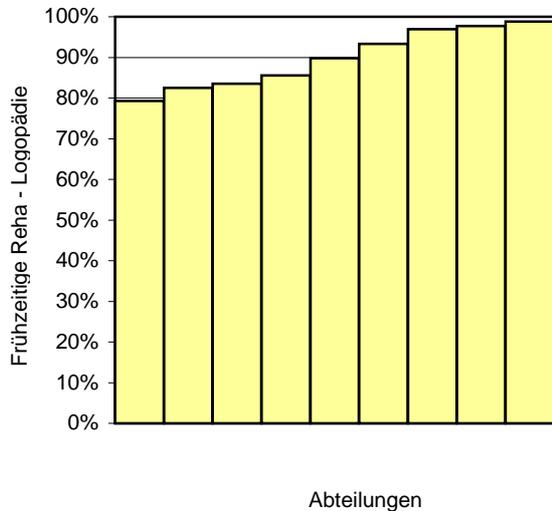
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			761 / 843	90,3%
Vertrauensbereich				88,1% - 92,2%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83285]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

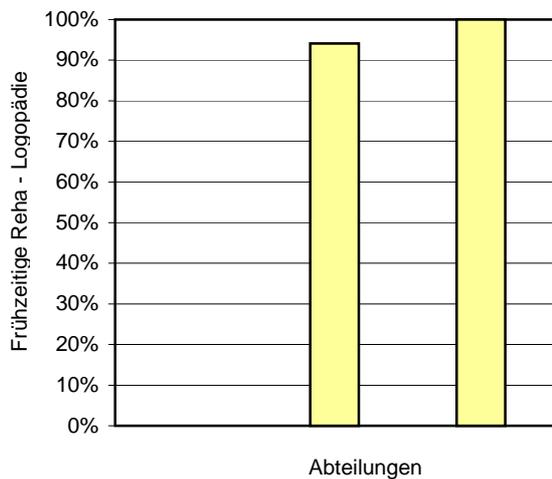
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,3	79,3	79,3	83,5	89,8	96,9	98,8	98,8	98,8

**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	94,1	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:** 2014/apo\_hh/83286

**Referenzbereich:** >= 90,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.052 / 1.090	 96,5%
Vertrauensbereich				95,2% - 97,5%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

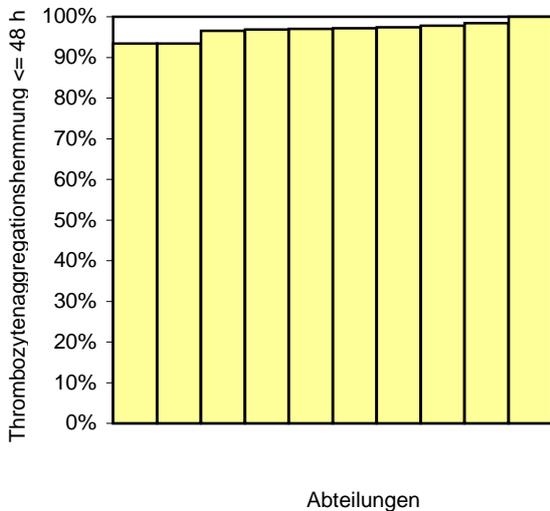
<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.153 / 1.202	 95,9%
Vertrauensbereich				94,6% - 97,0%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2014/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:**

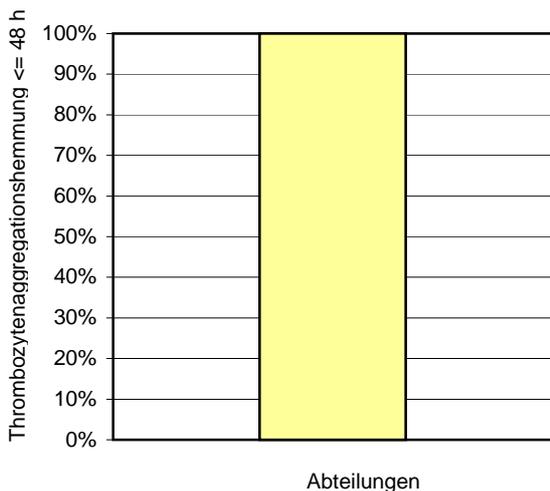
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,4	93,4	93,4	96,5	97,1	97,8	99,2	100,0	100,0

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

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

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

**Indikator-ID:** 2014/apo\_hh/83287

**Referenzbereich:** >= 90,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.353 / 1.437	94,2%
Vertrauensbereich				92,8% - 95,3%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

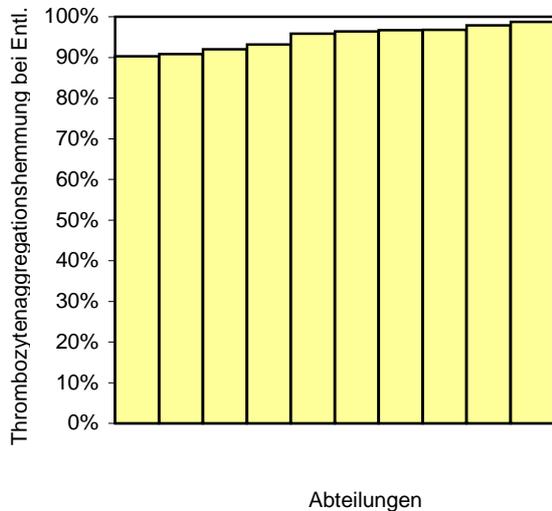
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.477 / 1.565	94,4%
Vertrauensbereich				93,1% - 95,5%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83287]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

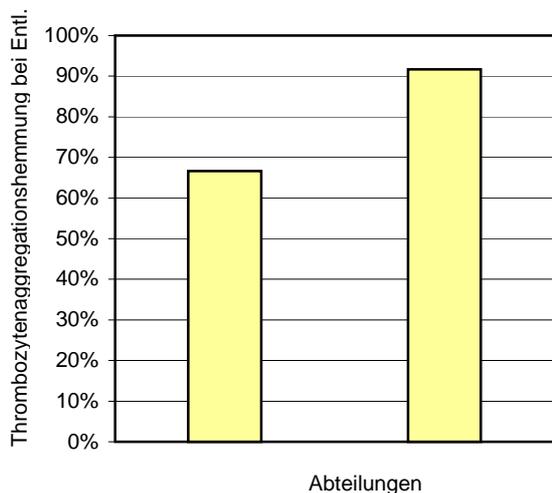
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,2	90,2	90,5	92,0	96,1	96,8	98,3	98,7	98,7

**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
	66,7	66,7	66,7	66,7	79,2	91,7	91,7	91,7	91,7

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 6: Antithrombotische Therapie**  
**Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe**

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

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

**Indikator-ID:** 2014/apo\_hh/83288

**Referenzbereich:** >= 65,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			236 / 290	81,4%
Vertrauensbereich				76,4% - 85,7%
Referenzbereich		>= 65,0%		>= 65,0%

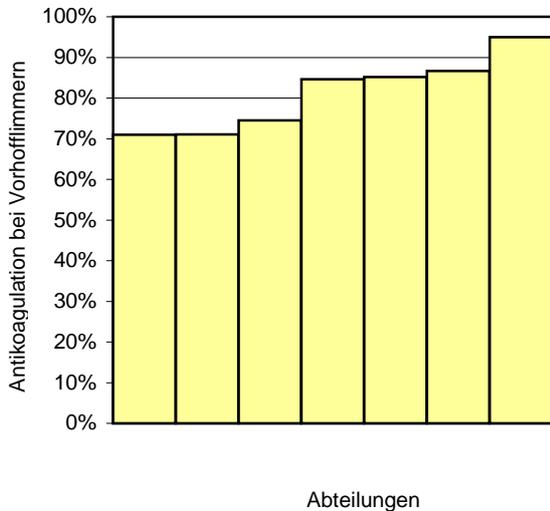
<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			266 / 317	83,9%
Vertrauensbereich				79,4% - 87,8%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83288]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

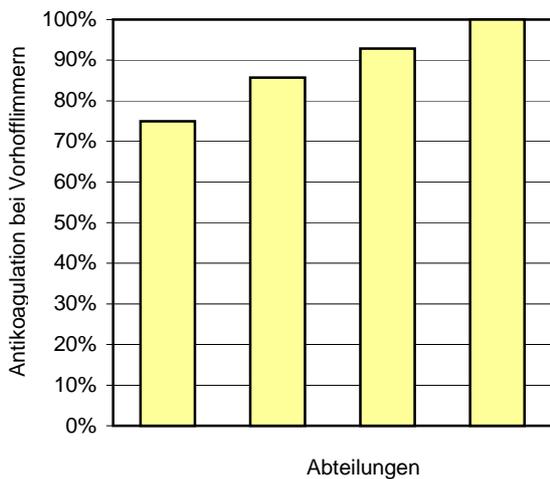
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,0	71,0	71,0	71,1	84,6	86,7	95,0	95,0	95,0

**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
	75,0	75,0	75,0	80,4	89,3	96,4	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:** 2014/apo\_hh/83290

**Referenzbereich:** >= 75,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			780 / 874	89,2%
Vertrauensbereich				87,0% - 91,2%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

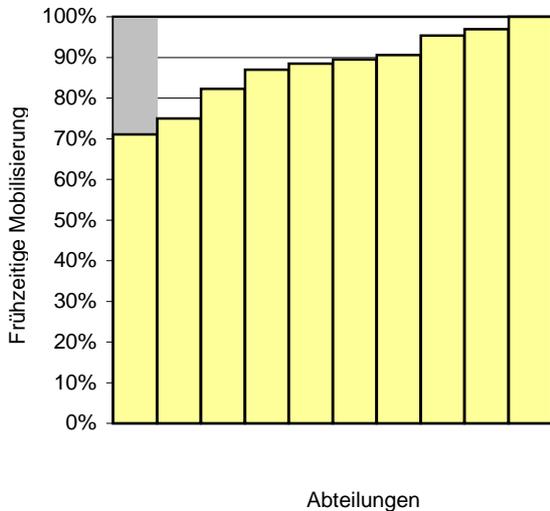
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			930 / 1.037	89,7%
Vertrauensbereich				87,7% - 91,5%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83290]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

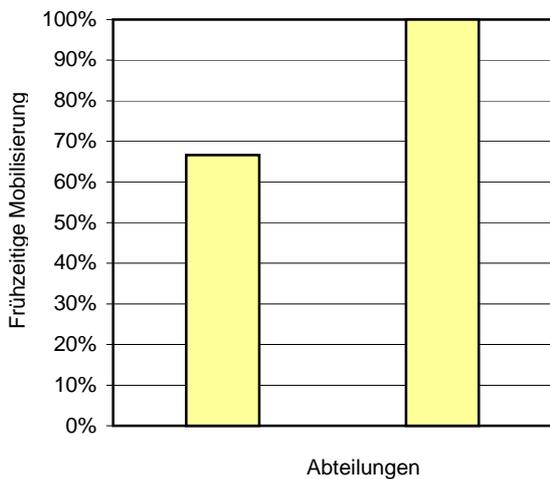
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,1	71,1	73,0	82,3	89,0	95,4	98,5	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
	66,7	66,7	66,7	66,7	83,3	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:** 2014/apo\_hh/83291

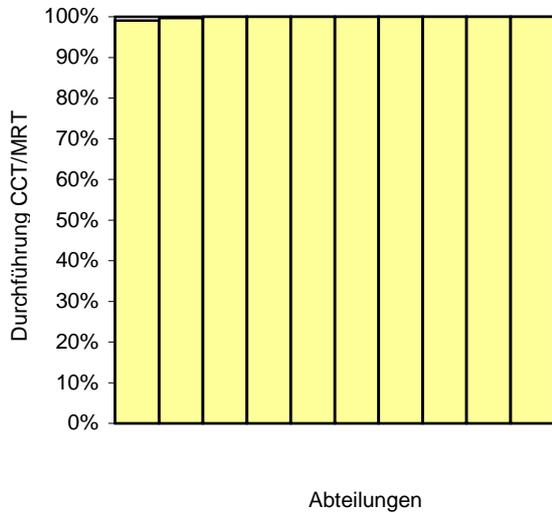
**Referenzbereich:** >= 95,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.979 / 1.981	99,9%
Vertrauensbereich				99,6% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.155 / 2.158	99,9%
Vertrauensbereich				99,6% - 100,0%

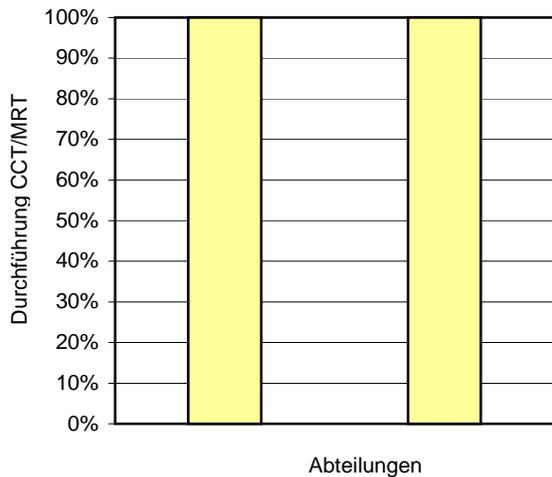
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83291]:  
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	99,1	99,1	99,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

**Indikator-ID:** 2014/apo\_hh/83292

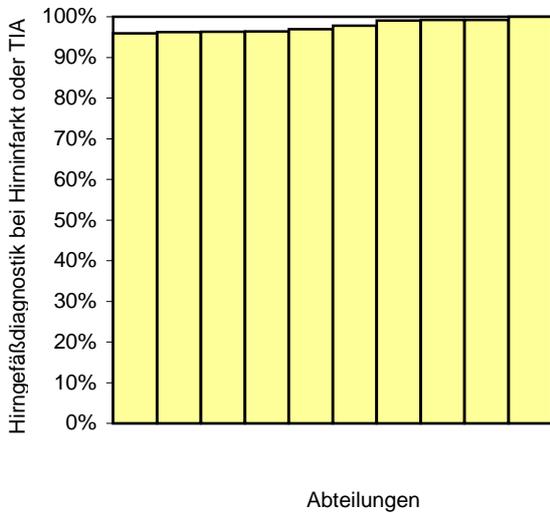
**Referenzbereich:**  $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.832 / 1.880	97,4%
Vertrauensbereich				96,6% - 98,1%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.977 / 2.035	97,1%
Vertrauensbereich				96,3% - 97,8%

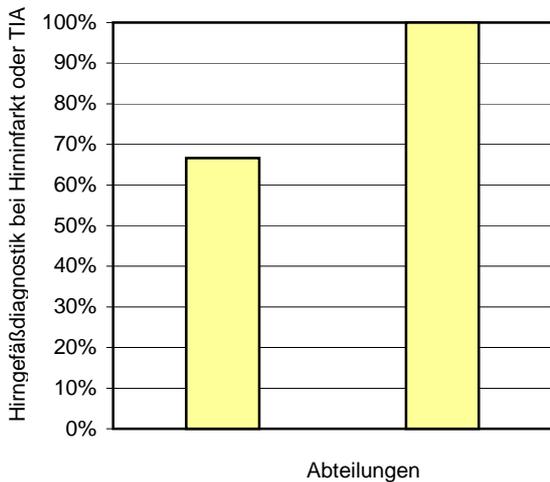
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83292]:  
Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,0	96,0	96,1	96,3	97,4	99,2	99,6	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
	66,7	66,7	66,7	66,7	83,3	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: 2014/apo\_hh/83293  
 Gruppe 2: 2014/apo\_hh/83385  
 Gruppe 3: 2014/apo\_hh/83386

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

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

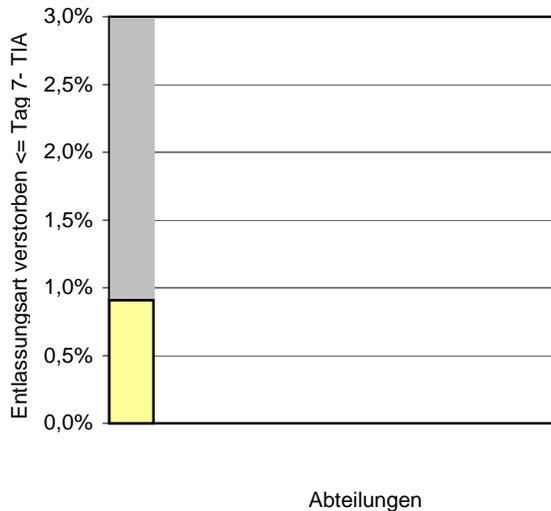
	Gesamt 2014 II. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	1 / 656 0,2%	37 / 1.224 3,0%	20 / 101 19,8%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,9%	2,1% - 4,1%	12,5% - 29,0%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2013 II. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	1 / 691 0,1% 0,0% - 0,8%	42 / 1.344 3,1% 2,3% - 4,2%	19 / 123 15,4% 9,5% - 23,1%

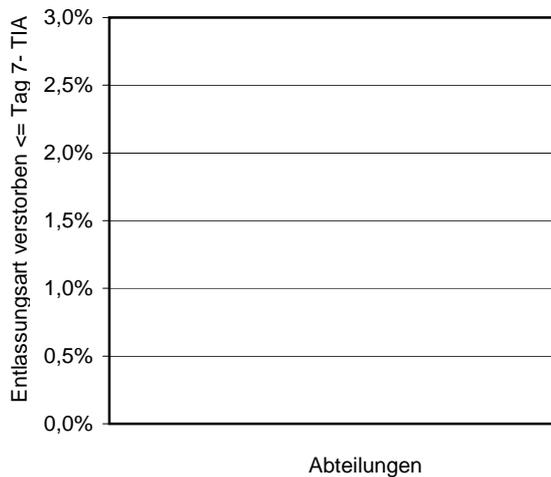
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83293]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
10 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	0,5	0,9	0,9

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

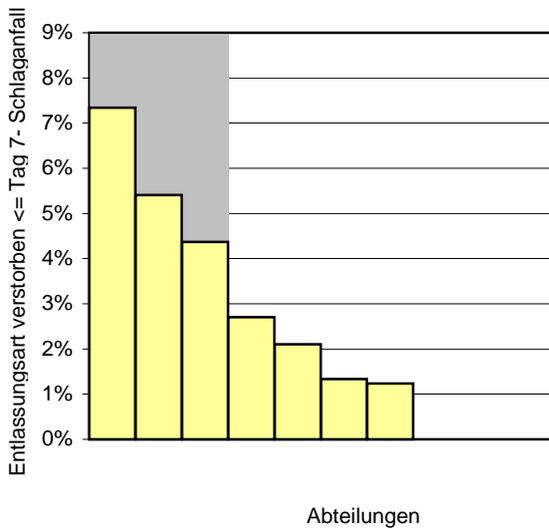


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

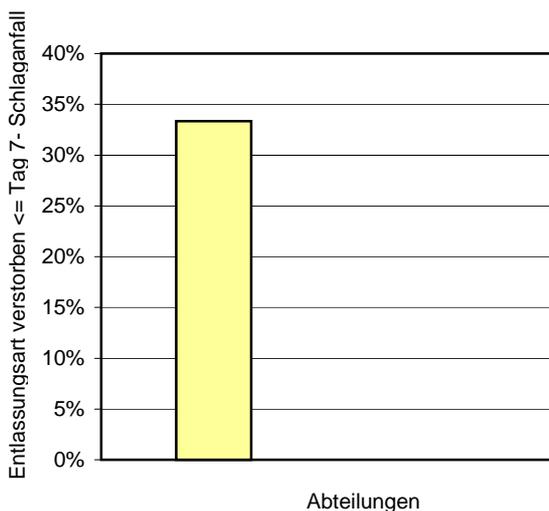
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83385]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
10 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	1,7	4,4	6,4	7,3	7,3

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

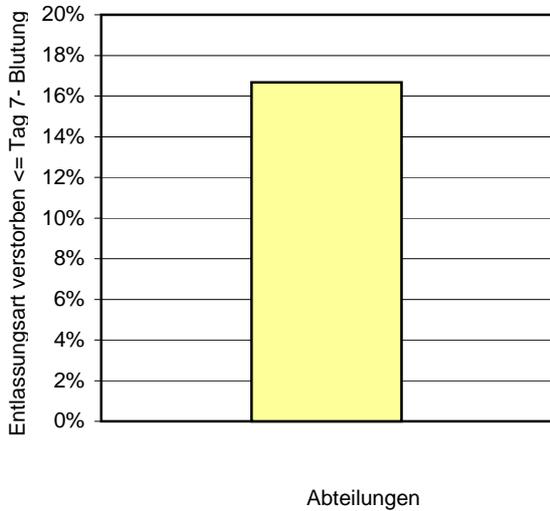


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	33,3	33,3	33,3	33,3

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

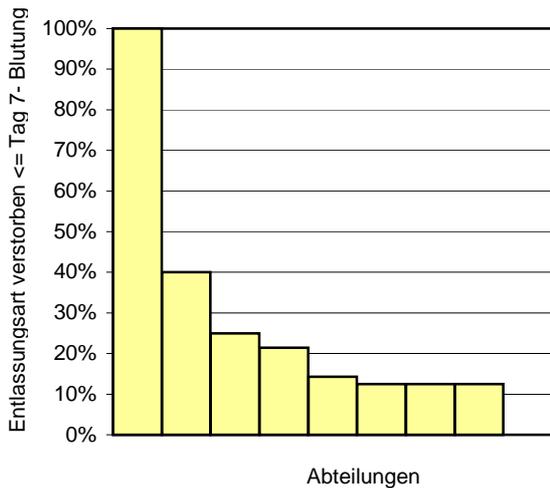
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83386]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
1 Abteilung hat mindestens 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	16,7	16,7	16,7	16,7	16,7

**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	12,5	14,3	25,0	100,0	100,0	100,0

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:** 2014/apo\_hh/83294

**Referenzbereich:** >= 70,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.033 / 1.131	91,3%
Vertrauensbereich				89,5% - 92,9%
Referenzbereich		>= 70,0%		>= 70,0%

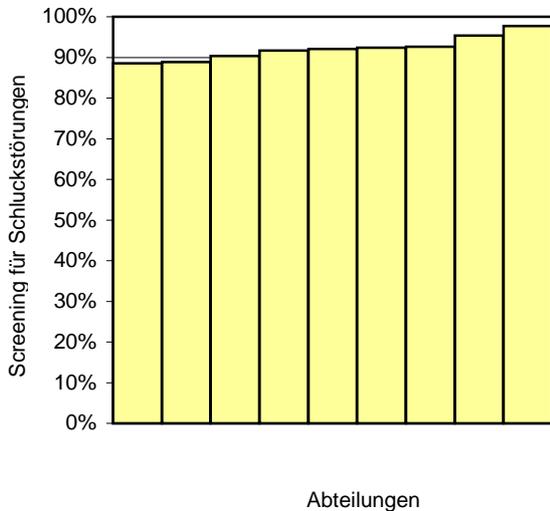
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.073 / 1.211	88,6%
Vertrauensbereich				86,7% - 90,3%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83294]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

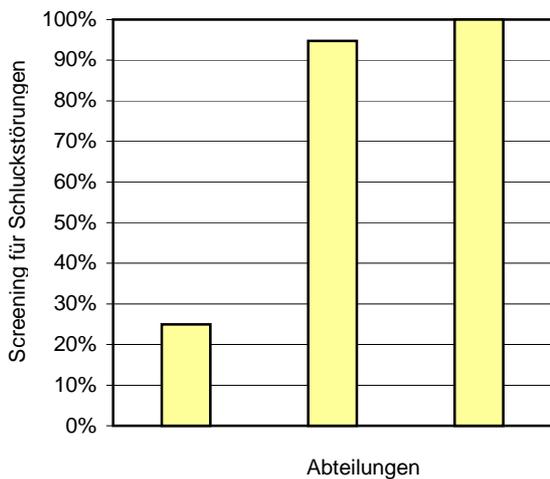
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,6	88,6	88,6	90,4	92,1	92,6	97,7	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
	25,0	25,0	25,0	25,0	94,7	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:** 2014/apo\_hh/83295

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

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			153 / 1.981	7,7%
> 1 - <= 2 Stunden			293 / 1.981	14,8%
> 2 - <= 3 Stunden			238 / 1.981	12,0%
> 3 - <= 3,5 Stunden			108 / 1.981	5,5%
> 3,5 - <= 4 Stunden			77 / 1.981	3,9%
> 4 - <= 6 Stunden			189 / 1.981	9,5%
> 6 - <= 24 Stunden			321 / 1.981	16,2%
> 24 - <= 48 Stunden			141 / 1.981	7,1%
> 48 Stunden			231 / 1.981	11,7%
wake up stroke			106 / 1.981	5,4%
unbekannt			124 / 1.981	6,3%
<= 3 Stunden			684 / 1.981	34,5%
Vertrauensbereich				32,4% - 36,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

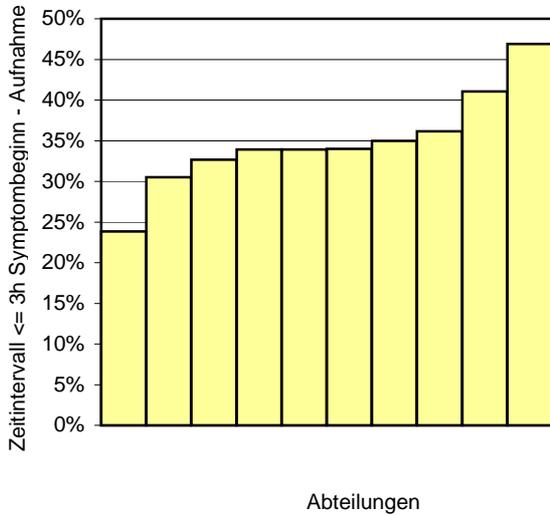
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			713 / 2.158	33,0%
Vertrauensbereich				31,1% - 35,1%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83295]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

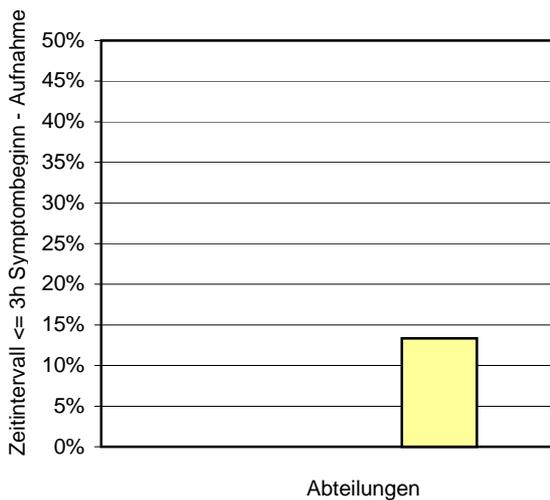
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,9	23,9	27,2	32,7	34,0	36,2	44,0	46,9	46,9

**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
	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	13,3	13,3	13,3	13,3

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**

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
<b>Grundgesamtheit:</b>	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)	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	<= 30 Min.	2014/apo_hh/98323
		<= 60 Min.	2014/apo_hh/83303
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	2014/apo_hh/98326
		<= 60 Min.	2014/apo_hh/83307
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	2014/apo_hh/103490
		<= 60 Min.	2014/apo_hh/103491
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	2014/apo_hh/103499
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 30 Min.	>= 50,0%
		<= 60 Min.	>= 70,0%
	Gruppe 2:	<= 30 Min.	>= 40,0%
		<= 60 Min.	>= 65,0%
	Gruppe 3:	<= 30 Min.	>= 50,0%
		<= 60 Min.	>= 65,0%
	Gruppe 4:	<= 60 Min.	>= 65,0%

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

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

	Gesamt 2014 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	324 / 427 75,9%	131 / 207 63,3%	392 / 533 73,5%	63 / 101 62,4%
Vertrauensbereich	71,5% - 79,9%	56,3% - 69,9%	69,6% - 77,2%	
Referenzbereich	>= 50,0%	>= 40,0%	>= 50,0%	
<= 60 Minuten	388 / 427 90,9%	190 / 207 91,8%	487 / 533 91,4%	91 / 101 90,1%
Vertrauensbereich	87,7% - 93,4%	87,2% - 95,2%	88,6% - 93,6%	82,5% - 95,2%
Referenzbereich	>= 70,0%	>= 65,0%	>= 65,0%	>= 65,0%
> 30 - 60 Minuten	64 / 427 15,0%	59 / 207 28,5%	95 / 533 17,8%	28 / 101 27,7%
> 1 bis 3 Stunden	31 / 427 7,3%	12 / 207 5,8%	34 / 533 6,4%	9 / 101 8,9%
> 3 bis 6 Stunden	6 / 427 1,4%	2 / 207 1,0%	8 / 533 1,5%	0 / 101 0,0%
> 6 Stunden	1 / 427 0,2%	3 / 207 1,4%	3 / 533 0,6%	1 / 101 1,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme	0 / 427 0,0%	8 / 215 3,7%	4 / 537 0,7%	4 / 105 3,8%
keine Bildgebung erfolgt	1 / 427 0,2%	0 / 207 0,0%	1 / 533 0,2%	0 / 101 0,0%

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

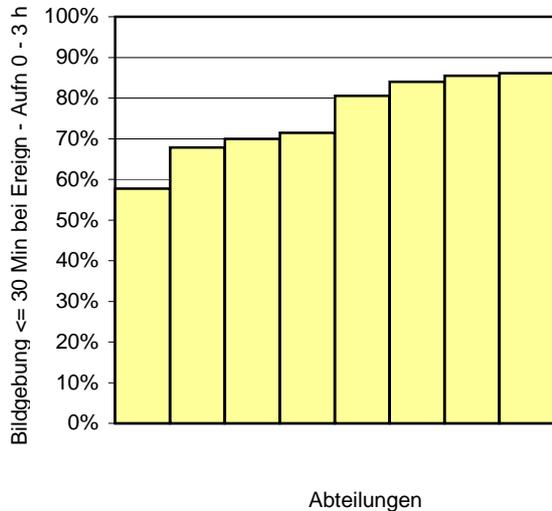
Vorjahresdaten	Gesamt 2013 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	323 / 439 73,6%	161 / 237 67,9%	384 / 525 73,1%	
Vertrauensbereich	69,2% - 77,6%	61,6% - 73,8%	69,1% - 76,9%	
<= 60 Minuten	397 / 439 90,4%	213 / 237 89,9%	474 / 525 90,3%	136 / 151 90,1%
Vertrauensbereich	87,3% - 93,0%	85,3% - 93,4%	87,4% - 92,7%	84,1% - 94,4%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Indikator-ID 2014/apo\_hh/98323]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

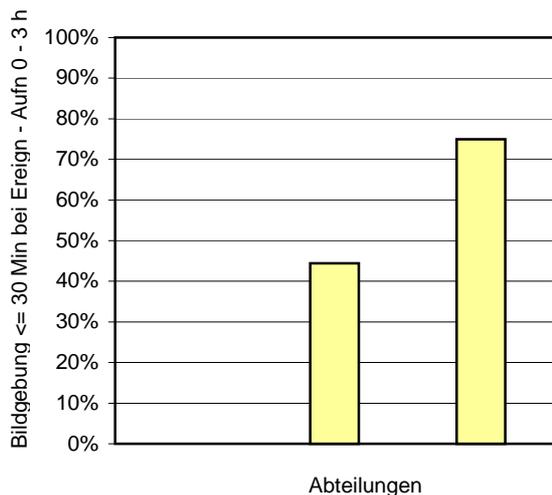
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	57,7	57,7	57,7	68,9	76,0	84,7	86,1	86,1	86,1

**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	44,4	75,0	75,0	75,0	75,0

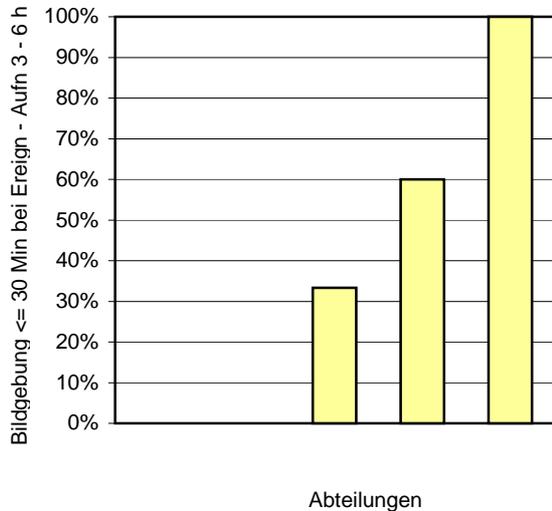
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Indikator-ID 2014/apo\_hh/98326]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

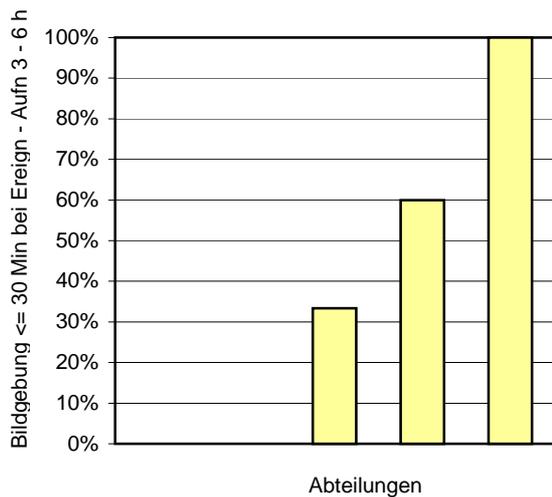
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,0	45,0	45,0	53,1	61,6	74,1	97,0	97,0	97,0

**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	0,0	33,3	60,0	100,0	100,0	100,0

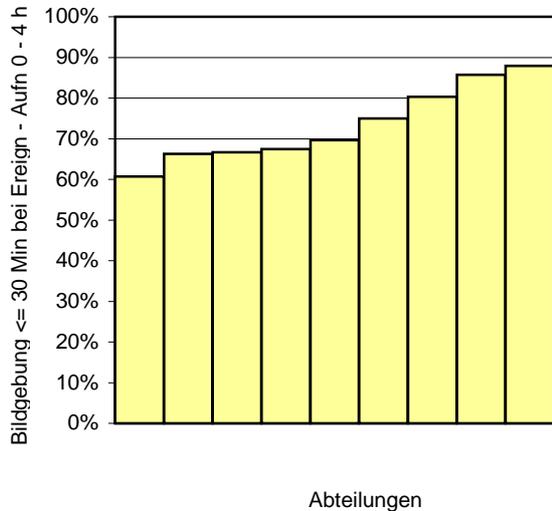
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Indikator-ID 2014/apo\_hh/103490]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

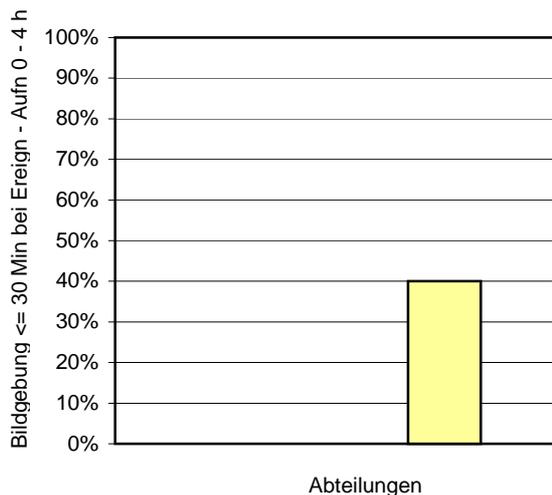
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,7	60,7	60,7	66,7	69,6	80,3	88,0	88,0	88,0

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

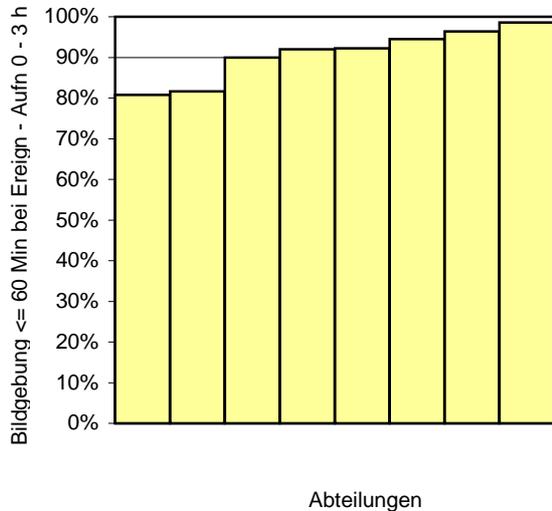
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83303]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

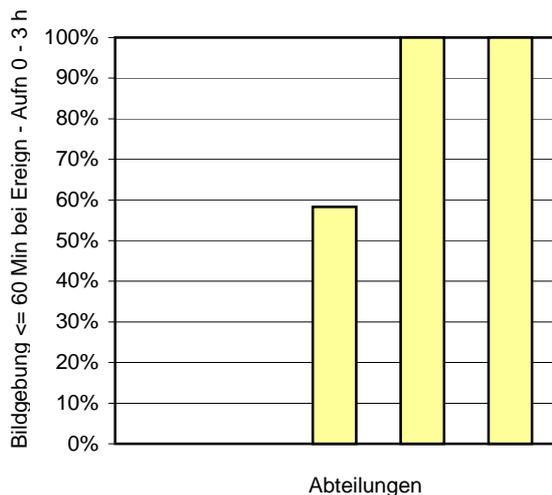
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,8	80,8	80,8	85,8	92,1	95,5	98,6	98,6	98,6

**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
	50,0	50,0	50,0	50,0	66,7	81,3	81,3	81,3	81,3

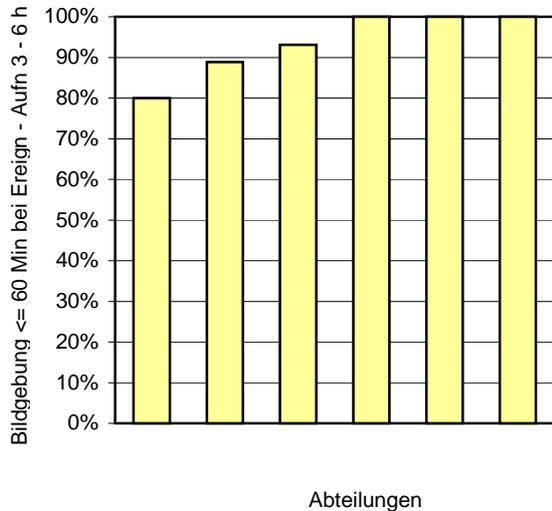
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13e, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83307]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

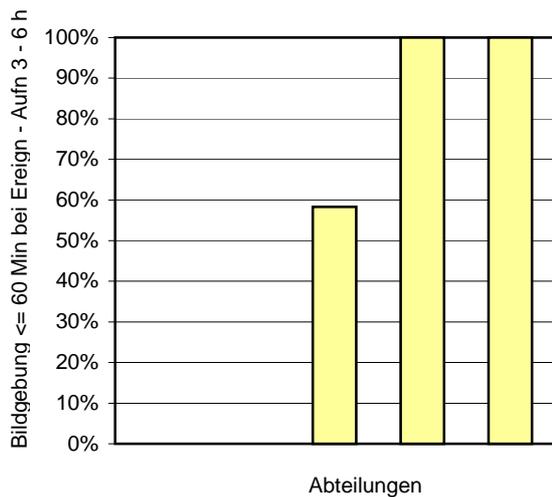
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0	80,0	80,0	88,9	96,6	100,0	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	0,0	58,3	100,0	100,0	100,0	100,0

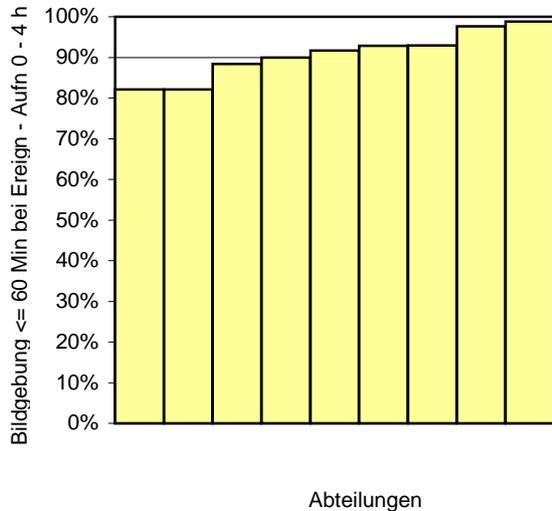
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13f, Indikator-ID 2014/apo\_hh/103491]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

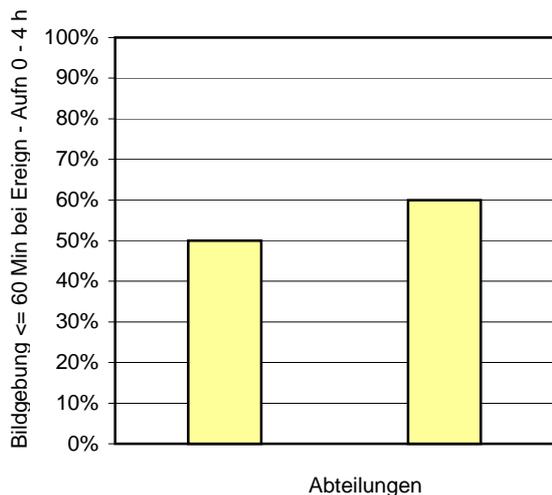
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,1	82,1	82,1	88,4	91,7	93,0	98,8	98,8	98,8

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	55,0	60,0	60,0	60,0	60,0

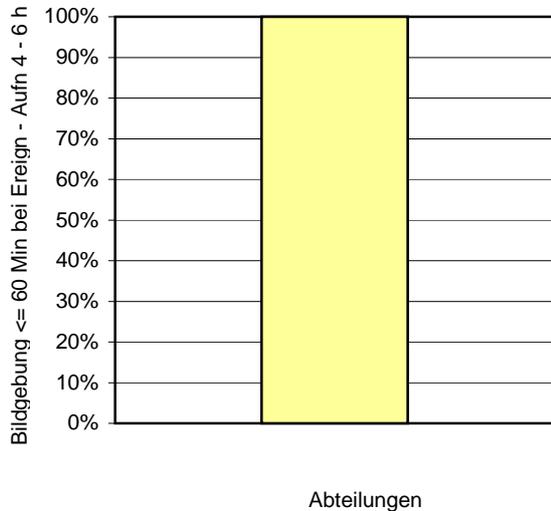
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13g, Indikator-ID 2014/apo\_hh/103499]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

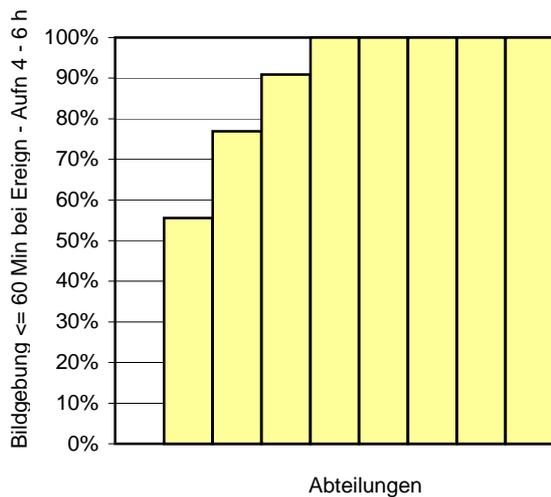
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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	76,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

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

Abteilung 2014 II. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich	$47,8\% - 62,1\%$	$14,5\% - 31,7\%$	$43,4\% - 56,2\%$	$7,1\% - 29,2\%$
Referenzbereich	$\geq 40,0\%$	nicht definiert	$\geq 35,0\%$	nicht definiert

Gesamt 2014 II. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	109 / 198 55,1%	22 / 99 22,2%	123 / 247 49,8%	8 / 50 16,0%
Vertrauensbereich	$47,8\% - 62,1\%$	$14,5\% - 31,7\%$	$43,4\% - 56,2\%$	$7,1\% - 29,2\%$
Referenzbereich	$\geq 40,0\%$	nicht definiert	$\geq 35,0\%$	nicht definiert

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

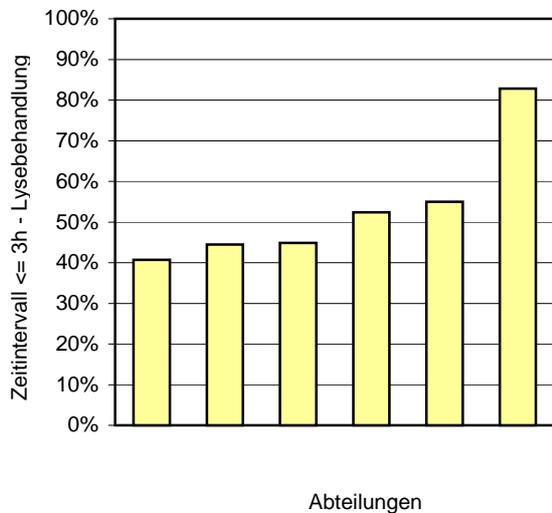
Vorjahresdaten	Gesamt 2013 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	161 / 235 68,5%	14 / 126 11,1%	172 / 274 62,8%	3 / 87 3,4%
	62,1% - 74,4%	6,2% - 18,0%	56,7% - 68,5%	0,7% - 9,9%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83311]:**

**Anteil von Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme  $\leq$  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:**

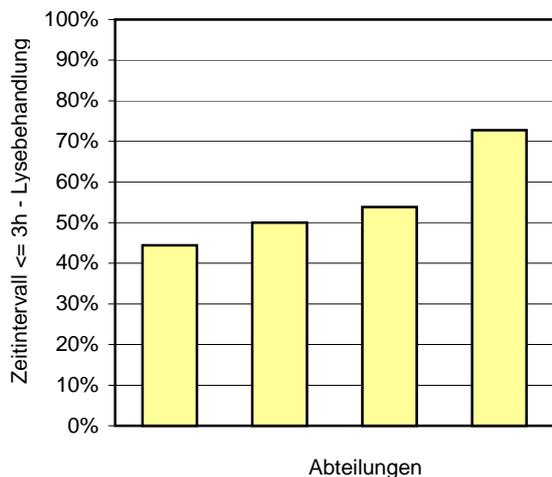
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,7	40,7	40,7	44,4	48,6	55,0	82,9	82,9	82,9

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,4	44,4	44,4	47,2	51,9	63,3	72,7	72,7	72,7

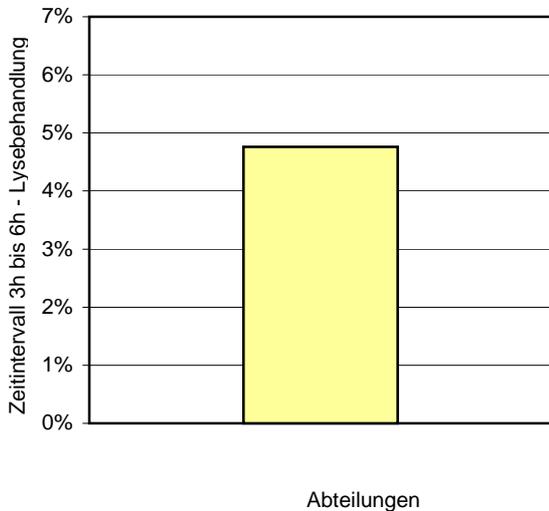
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83312]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

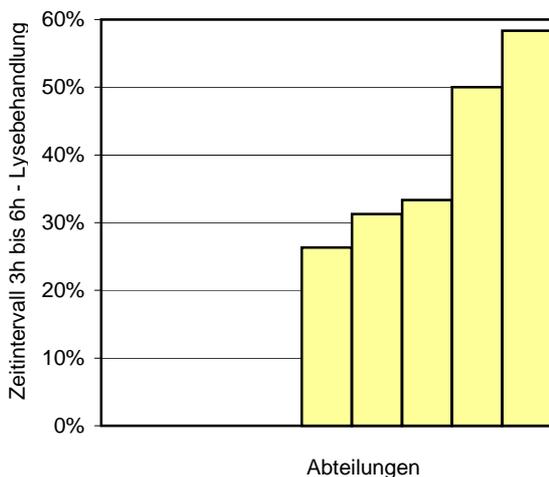
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**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	26,3	33,3	58,3	58,3	58,3

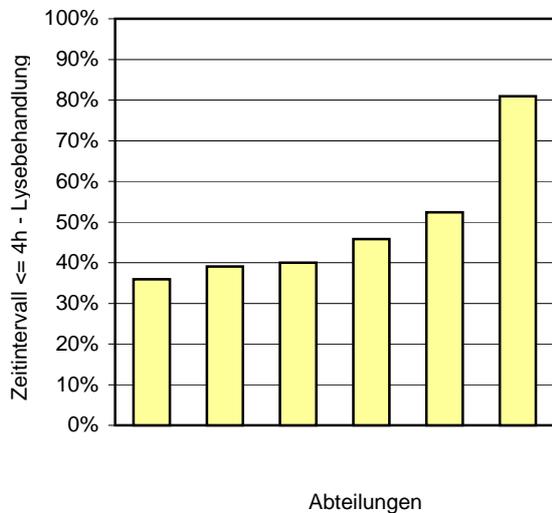
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Indikator-ID 2014/apo\_hh/103506]:**

**Anteil von Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme  $\leq 4$  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:**

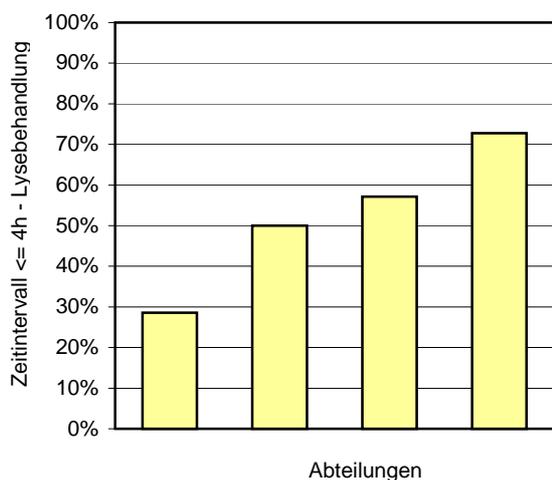
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	35,9	35,9	35,9	39,0	42,9	52,4	81,0	81,0	81,0

**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
	28,6	28,6	28,6	39,3	53,6	64,9	72,7	72,7	72,7

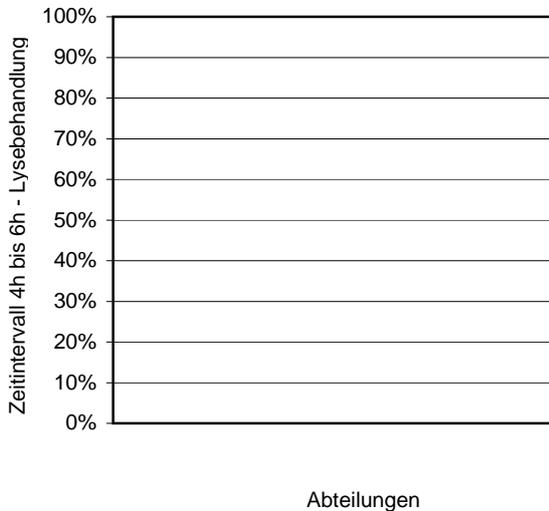
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Indikator-ID 2014/apo\_hh/103507]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

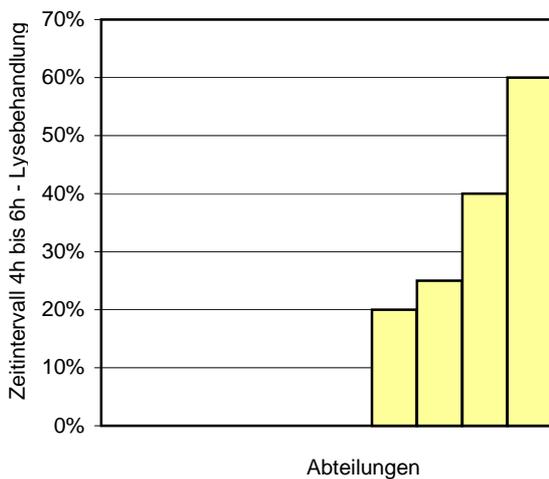
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	50,0	60,0	60,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse		
<b>Grundgesamtheit:</b>	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)	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	<= 30 Min.    2014/apo_hh/83314 <= 60 Min.    2014/apo_hh/83313	
	Gruppe 2:	<= 30 Min.    2014/apo_hh/83321 <= 60 Min.    2014/apo_hh/83320	
	Gruppe 3:	<= 30 Min.    2014/apo_hh/103508 <= 60 Min.    2014/apo_hh/103509	
	Gruppe 4:	<= 60 Min.    2014/apo_hh/103518	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 30 Min.    >= 20,0% <= 60 Min.    >= 70,0%	
	Gruppe 2:	<= 30 Min.    >= 10,0% <= 60 Min.    Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	<= 30 Min.    >= 20,0% <= 60 Min.    >= 70,0%	
	Gruppe 4:	<= 60 Min.    Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	

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

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

	Gesamt 2014 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	77 / 126 61,1%	9 / 20 45,0%	83 / 139 59,7%	3 / 7 42,9%
Vertrauensbereich	52,0% - 69,7%	23,0% - 68,5%	51,0% - 68,0%	
Referenzbereich	>= 20,0%	>= 10,0%	>= 20,0%	
<= 60 Minuten	117 / 126 92,9%	18 / 20 90,0%	128 / 139 92,1%	7 / 7 100,0%
Vertrauensbereich	86,8% - 96,7%	68,3% - 98,8%	86,2% - 96,0%	59,0% - 100,0%
Referenzbereich	>= 70,0%	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	40 / 126 31,7%	9 / 20 45,0%	45 / 139 32,4%	4 / 7 57,1%
> 1 - 2 Stunden	5 / 126 4,0%	2 / 20 10,0%	7 / 139 5,0%	0 / 7 0,0%
> 2 - 3 Stunden	3 / 126 2,4%	0 / 20 0,0%	3 / 139 2,2%	0 / 7 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 126 0,0%	0 / 20 0,0%	0 / 139 0,0%	0 / 7 0,0%
> 4 - 6 Stunden	1 / 126 0,8%	0 / 20 0,0%	1 / 139 0,7%	0 / 7 0,0%
> 6 Stunden	0 / 126 0,0%	0 / 20 0,0%	0 / 139 0,0%	0 / 7 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 126 0,0%	0 / 20 0,0%	0 / 139 0,0%	0 / 7 0,0%

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

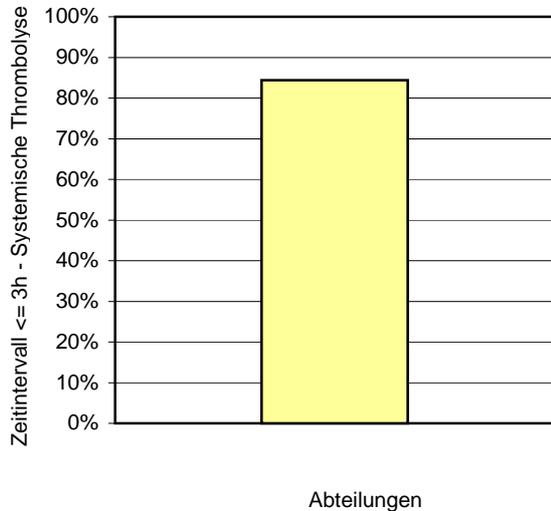
Vorjahresdaten	Abteilung 2013 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	91 / 175 52,0%	7 / 18 38,9%	97 / 189 51,3%	
Vertrauensbereich	44,3% - 59,6%	17,2% - 64,3%	44,0% - 58,7%	
<= 60 Minuten	159 / 175 90,9%	14 / 18 77,8%	170 / 189 89,9%	3 / 4 75,0%
Vertrauensbereich	85,5% - 94,7%	52,3% - 93,6%	84,7% - 93,9%	19,4% - 99,4%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83314]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

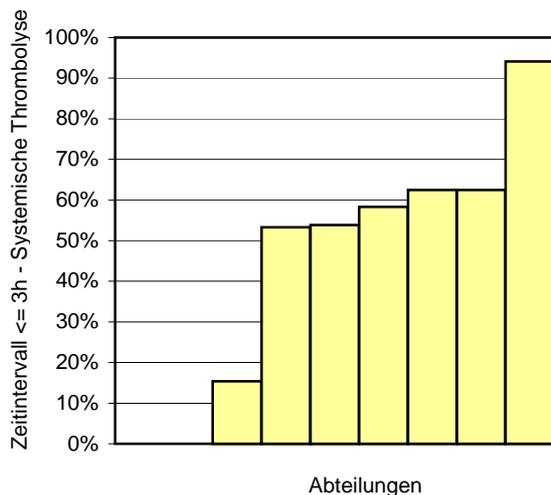
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,4	84,4	84,4	84,4	84,4	84,4	84,4	84,4	84,4

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	15,4	53,8	62,5	94,1	94,1	94,1

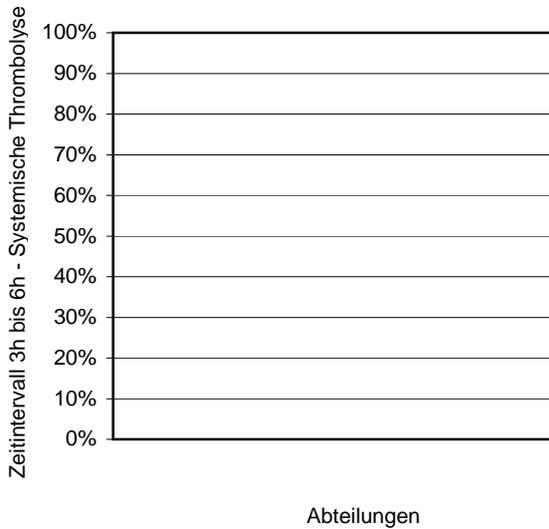
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83321]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

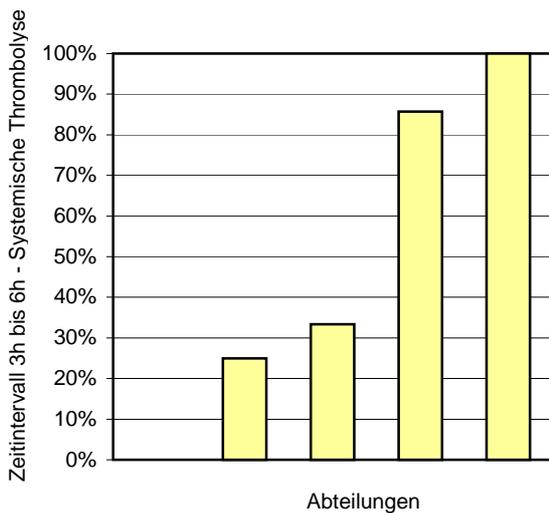
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	25,0	33,3	85,7	100,0	100,0	100,0

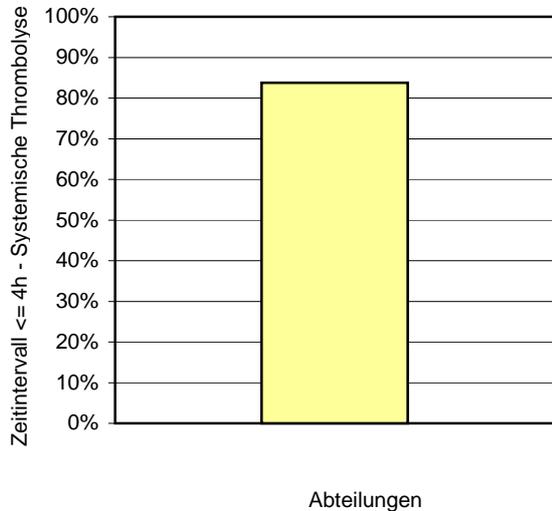
7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Indikator-ID 2014/apo\_hh/103508]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

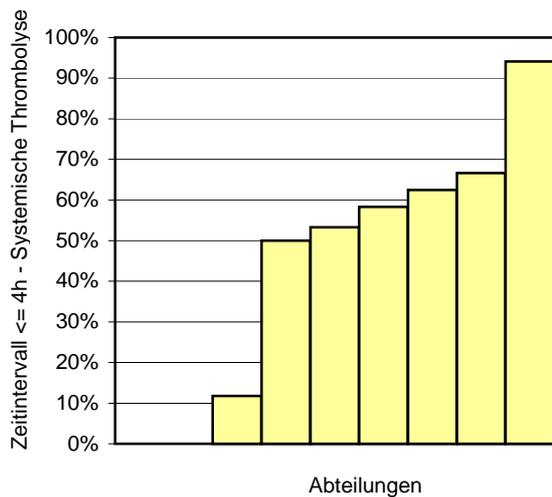
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,8	83,8	83,8	83,8	83,8	83,8	83,8	83,8	83,8

**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	11,8	53,3	62,5	94,1	94,1	94,1

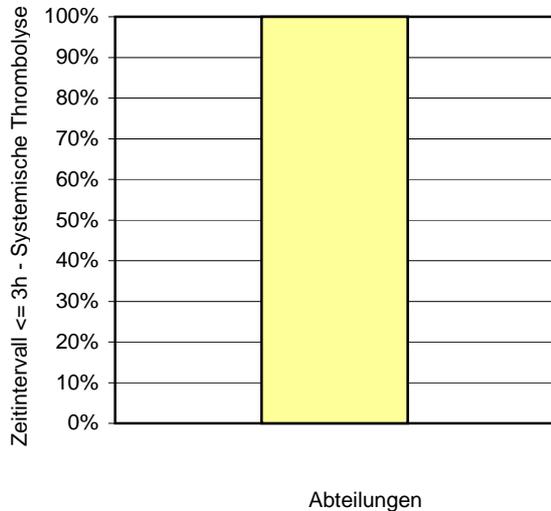
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83313]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

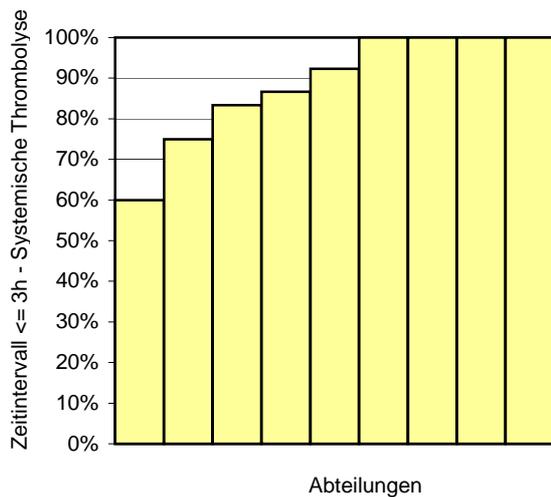
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

9 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	83,3	92,3	100,0	100,0	100,0	100,0

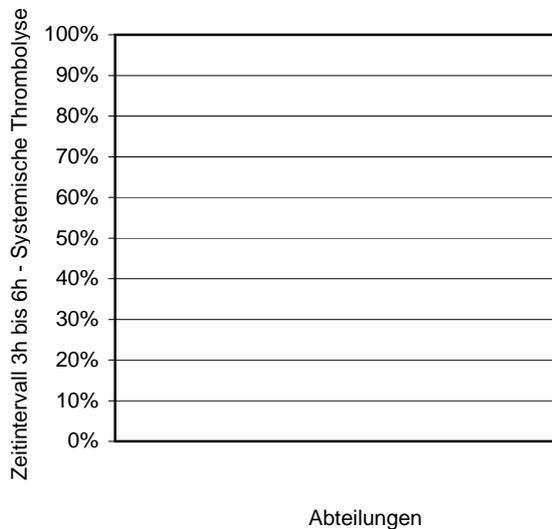
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15e, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83320]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

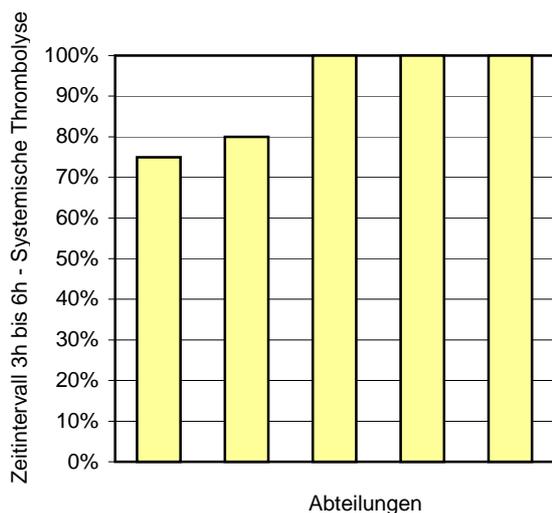
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

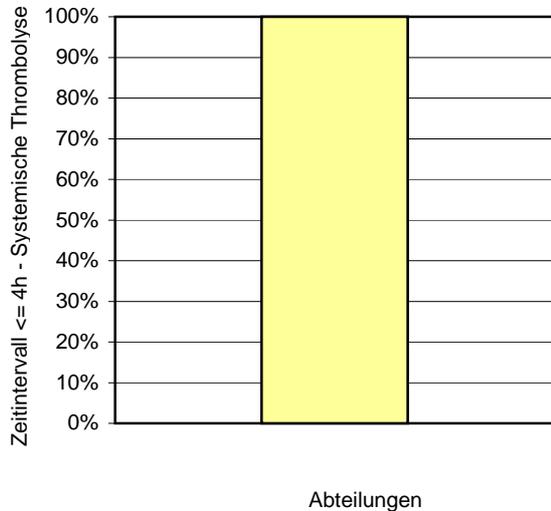
7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15f, Indikator-ID 2014/apo\_hh/103509]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

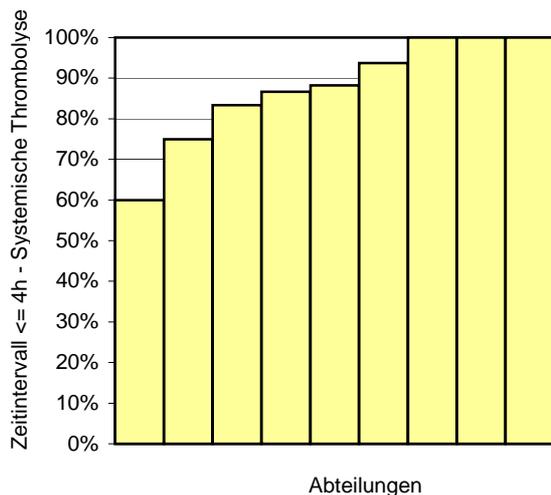
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

9 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	83,3	88,2	100,0	100,0	100,0	100,0

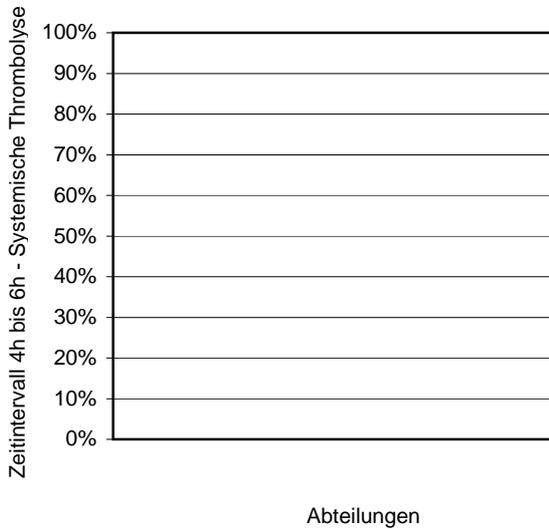
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15g, Indikator-ID 2014/apo\_hh/103518]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

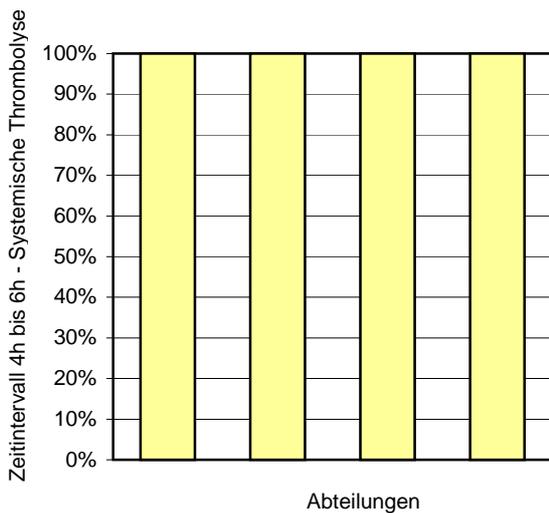
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

4 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

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2014/apo\_hh/83372

**Referenzbereich:** >= 40,0%

	Abteilung 2014 II. Qu.	Gesamt 2014 II. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.045 / 1.981 <span style="float: right;">52,8%</span>
Vertrauensbereich		50,5% - 55,0%
Referenzbereich	>= 40,0%	>= 40,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2013 II. Qu.	Gesamt 2013 II. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.151 / 2.158 <span style="float: right;">53,3%</span>
Vertrauensbereich		51,2% - 55,5%

Abteilung 2014 II. Qu.

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

**Gesamt 2014 II. Qu.**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	309 15,6%	201 10,1%	113 5,7%	46 2,3%	20 1,0%	6 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	13 0,7%	116 5,9%	154 7,8%	83 4,2%	18 0,9%	8 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	10 0,5%	92 4,6%	153 7,7%	48 2,4%	9 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	2 0,1%	12 0,6%	75 3,8%	97 4,9%	21 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	1 0,1%	2 0,1%	18 0,9%	72 3,6%	68 3,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	2 0,1%	4 0,2%	17 0,9%	95 4,8%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	2 0,1%	1 0,1%	14 0,7%	71 3,6%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

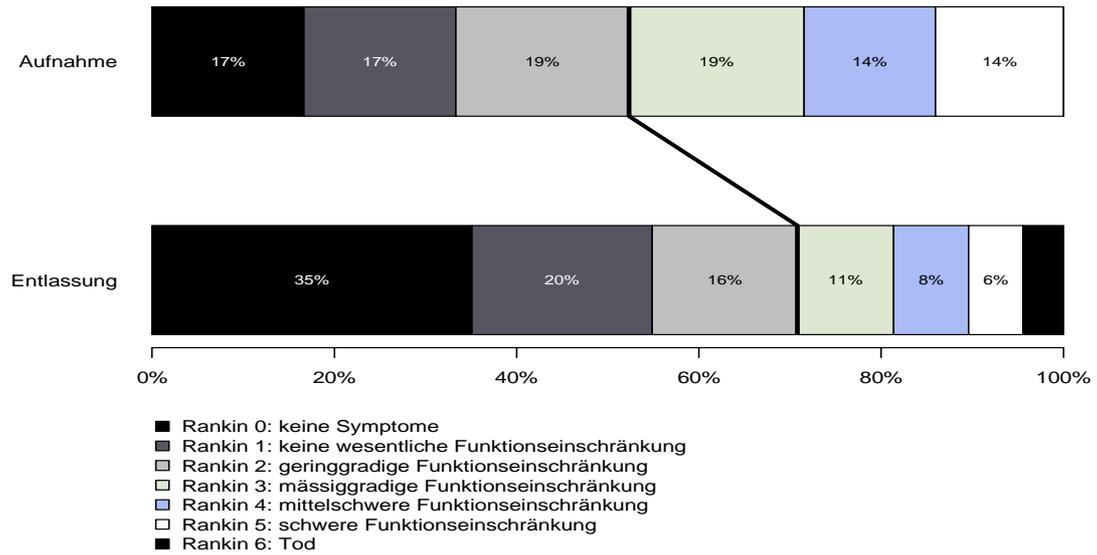
**Vorjahresdaten  
Abteilung 2013 II. Qu.**

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

**Vorjahresdaten  
Gesamt 2013 II. Qu.**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	285 13,2%	224 10,4%	136 6,3%	60 2,8%	21 1,0%	8 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	24 1,1%	119 5,5%	164 7,6%	101 4,7%	38 1,8%	9 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	8 0,4%	18 0,8%	99 4,6%	161 7,5%	43 2,0%	16 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	5 0,2%	3 0,1%	13 0,6%	87 4,0%	89 4,1%	26 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	2 0,1%	4 0,2%	17 0,8%	82 3,8%	55 2,5%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	0 0,0%	3 0,1%	8 0,4%	14 0,6%	120 5,6%
6 Tod	2 0,1%	0 0,0%	2 0,1%	2 0,1%	8 0,4%	79 3,7%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

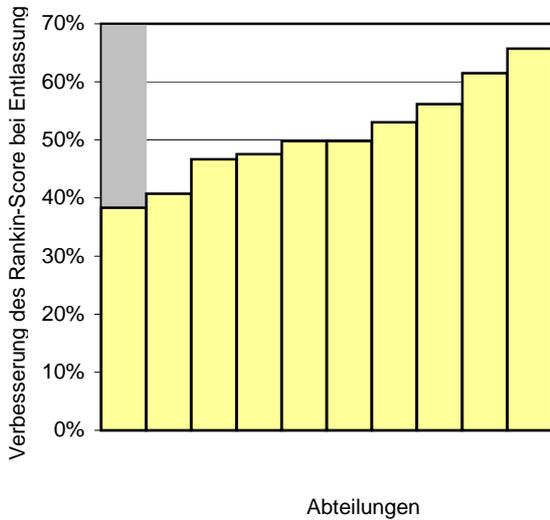
### Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

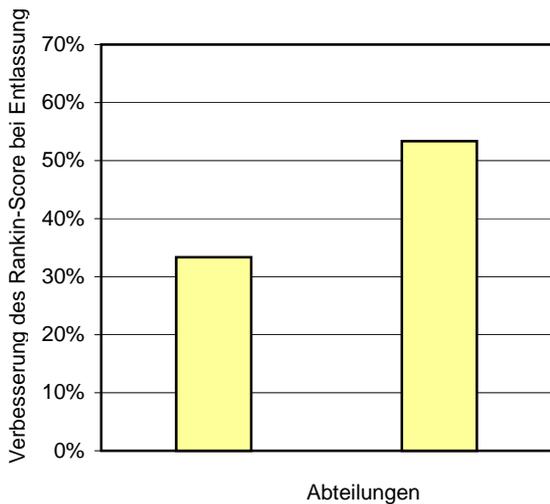
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Indikator-ID 2014/apo\_hh/83372]:  
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	38,3	38,3	39,5	46,7	49,8	56,1	63,6	65,7	65,7

**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
	33,3	33,3	33,3	33,3	43,3	53,3	53,3	53,3	53,3

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Basisdaten

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			2.489	100,0	2.829	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.489		2.829	

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

## Patienten

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Alter (Jahre)</b>						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.981		2.158	
Median	<i>Jahre</i>		<i>75,0 Jahre</i>		<i>75,0 Jahre</i>	
<b>Geschlecht</b>						
männlich			990	50,0	1.044	48,4
weiblich			991	50,0	1.114	51,6

## Aufnahme

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			1.514	76,4	1.680	77,8
Sonnabend oder Sonntag			467	23,6	478	22,2
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			905	45,7	1.070	49,6
nein			1.058	53,4	1.063	49,3
nicht bestimmbar			18	0,9	25	1,2
Sprachstörung						
ja			429	21,7	553	25,6
nein			1.507	76,1	1.562	72,4
nicht bestimmbar			45	2,3	43	2,0
Sprechstörung						
ja			597	30,1	713	33,0
nein			1.296	65,4	1.382	64,0
nicht bestimmbar			88	4,4	63	2,9
Schluckstörung						
ja			339	17,1	375	17,4
nein			1.542	77,8	1.648	76,4
nicht bestimmbar			100	5,0	135	6,3
<b>Bewusstsein bei Aufnahme</b>						
wach			1.829	92,3	1.952	90,5
somnolent-stuporös			110	5,6	167	7,7
komatös			42	2,1	39	1,8
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			153	7,7	201	9,3
> 1 - <= 2 Stunden			293	14,8	288	13,3
> 2 - <= 3 Stunden			238	12,0	224	10,4
> 3 - <= 3,5 Stunden			108	5,5	79	3,7
> 3,5 - <= 4 Stunden			77	3,9	80	3,7
> 4 - <= 6 Stunden			189	9,5	253	11,7
> 6 - <= 24 Stunden			321	16,2	408	18,9
> 24 - <= 48 Stunden			141	7,1	116	5,4
> 48 Stunden			231	11,7	283	13,1
unbekannt			124	6,3	138	6,4
wake up stroke			106	5,4	88	4,1

## Diagnostik

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis</b>						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.885	95,2	2.042	94,6
Bildgebung-MRT nach Ereignis			1.228	62,0	1.385	64,2
Frische Läsion in der Bildgebung			1.073	54,2	1.239	57,4
Schlucktest nach Protokoll			1.712	86,4	1.820	84,3
<b>Dauer der Symptome</b>						
< 1 Stunde			259	13,1	266	12,3
>= 1 - 24 Stunden			481	24,3	522	24,2
> 24 Stunden			1.241	62,6	1.370	63,5
<b>Gefäßdiagnostik</b>						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.879	94,9	2.036	94,3
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.863	94,0	2.020	93,6
<b>Komorbiditäten</b>						
Diabetes mellitus			418	21,1	464	21,5
früherer Schlaganfall			573	28,9	632	29,3
Vorhofflimmern			488	24,6	556	25,8
<b>Komplikationen</b>						
keine Komplikationen			1.753		1.901	
Pneumonie			105		105	
erhöhter Hirndruck			42		54	
andere Komplikationen			121		154	

## Diagnose(n) ICD-10-GM 2014<sup>1</sup>

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.224	61,8	1.344	62,3
TIA			656	33,1	691	32,0
ICB			101	5,1	123	5,7
unklar			0	0,0	0	0,0

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

## Barthel-Index

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Blasenkontrolle &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
inkontinent			341	17,2	362	16,8
gelegentlicher Verlust			232	11,7	215	10,0
kontinent			1.408	71,1	1.581	73,3
<b>Lagewechsel Bett-Stuhl &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
vollständig abhängig			345	17,4	384	17,8
grosse Unterstützung			228	11,5	254	11,8
geringe Unterstützung			306	15,4	400	18,5
vollständig selbstständig			1.102	55,6	1.120	51,9
<b>Fortbewegung &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
vollständig abhängig			408	20,6	437	20,3
grosse Unterstützung			261	13,2	286	13,3
geringe Unterstützung			326	16,5	424	19,6
vollständig selbstständig			986	49,8	1.011	46,8
<b>Blasenkontrolle bei Entlassung</b>						
inkontinent			246	12,4	240	11,1
gelegentlicher Verlust			164	8,3	203	9,4
kontinent			1.483	74,9	1.622	75,2
<b>Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung</b>						
vollständig abhängig			151	7,6	189	8,8
grosse Unterstützung			147	7,4	148	6,9
geringe Unterstützung			202	10,2	235	10,9
vollständig selbstständig			1.393	70,3	1.493	69,2
<b>Fortbewegung bei Entlassung</b>						
vollständig abhängig			186	9,4	223	10,3
grosse Unterstützung			166	8,4	174	8,1
geringe Unterstützung			239	12,1	290	13,4
vollständig selbstständig			1.302	65,7	1.378	63,9

## Rankin Skala

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
Rankin 0			330	16,7	327	15,2
Rankin 1			330	16,7	366	17,0
Rankin 2			377	19,0	421	19,5
Rankin 3			380	19,2	436	20,2
Rankin 4			286	14,4	295	13,7
Rankin 5			278	14,0	313	14,5
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			695	35,1	734	34,0
Rankin 1			392	19,8	455	21,1
Rankin 2			316	16,0	345	16,0
Rankin 3			209	10,6	223	10,3
Rankin 4			163	8,2	162	7,5
Rankin 5			118	6,0	146	6,8
Tod			88	4,4	93	4,3

## Rehabilitation

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.316	66,4	1.581	73,3
> Tag 2 nach Aufnahme			30	1,5	39	1,8
keine			635	32,1	538	24,9
<b>Mobilisierung</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.834	92,6	1.981	91,8
> Tag 2 nach Aufnahme			49	2,5	83	3,8
keine			98	4,9	94	4,4
<b>Physio-/Ergotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.636	82,6	1.840	85,3
> Tag 2 nach Aufnahme			28	1,4	62	2,9
keine			317	16,0	256	11,9

## Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulation</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			452	22,8	481	22,3
<b>Beatmung</b>			67	3,4	71	3,3
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b> innerhalb von 48 Stunden			1.570	79,3	1.685	78,1
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b> bei Entlassung			1.477	74,6	1.587	73,5
<b>Thromboseprophylaxe</b>			1.807	91,2	1.979	91,7

## Entlassung

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention</b>			1.948	98,3	2.126	98,5
<b>Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten</b>			1.736	87,6	1.832	84,9
<b>Entlassungsart</b>						
verstorben			88	4,4	93	4,3
nach Hause			1.189	60,0	1.242	57,6
Pflegeeinrichtung/Heim			123	6,2	149	6,9
andere Abteilung			83	4,2	89	4,1
externe (Akut)Klinik			42	2,1	41	1,9
Reha-Klinik			456	23,0	544	25,2
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			1.981	100,0	2.158	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>7,7 Tage</i>		<i>8,0 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>6,0 Tage</i>		<i>7,0 Tage</i>	

## Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse</b>						
Lyse i.v.			165	8,3	216	10,0
Lyse i.a.			25	1,3	34	1,6
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			96	4,8	106	4,9
> 30 - <= 60 Minuten			63	3,2	85	3,9
> 1 - <= 2 Stunden			9	0,5	21	1,0
> 2 - <=3 Stunden			3	0,2	6	0,3
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	1	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			1	0,1	2	0,1
> 6 Stunden			0	0,0	1	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.809	91,3	1.936	89,7
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			976	49,3	1.020	47,3
> 30 - <= 60 Minuten			518	26,1	587	27,2
> 1 - <= 3 Stunden			311	15,7	355	16,5
> 3 - <= 6 Stunden			78	3,9	68	3,2
> 6 Stunden			40	2,0	50	2,3
1. Bildgebung vor Aufnahme			56	2,8	75	3,5
keine Bildgebung erfolgt			2	0,1	3	0,1
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale</b>						
<= 2 (leicht)			1.120	56,5	1.117	51,8
3 - 8 (mittel)			523	26,4	639	29,6
9 - 20 (schwerwiegend)			257	13,0	315	14,6
> 20 (sehr schwerwiegend)			61	3,1	70	3,2
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

## Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2014 II. Qu.		Gesamt 2014 II. Qu.		Gesamt 2013 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Komorbiditäten</b>						
Hypertonie			1.335	67,4	1.380	63,9
Hypercholesterinämie			849	42,9	918	42,5
keine Angabe			316	16,0	415	19,2
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			1.135	57,3	1.107	51,3
Antihypertensiva			1.313	66,3	1.304	60,4
Antidiabetika			309	15,6	321	14,9
keine Angabe			333	16,8	487	22,6
<b>Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses</b>						
unabhängig zu Hause			1.398	70,6	1.424	66,0
Pflege zu Hause			173	8,7	179	8,3
Pflege in Institution			181	9,1	181	8,4
keine Angabe			229	11,6	374	17,3

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

##### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2014.

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

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

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

## 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle 'Vorjahresdaten' und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle 'Vorjahresdaten' und der Auswertung 2013 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

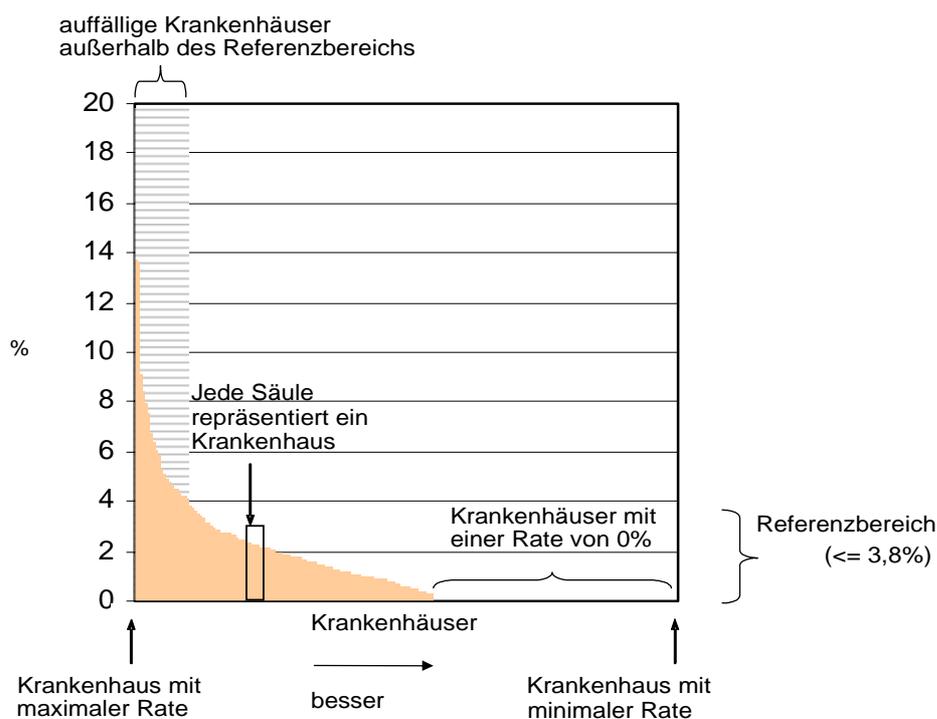
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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



### 3. Basisauswertung

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

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 6. Interpretation der Ergebnisse

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

## 7. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

### Median der 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