

Auswertung 1. Quartal 2015 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 13
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.460
Datensatzversion: apo_hh 2015 2.0
Datenbankstand: 12. Mai 2015
2015 - D15312-L97588-P46588

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 309
D-20537 Hamburg

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

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2015 im I. Quartal stationär aufgenommen wurden.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2015/apo_hh/83254 QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			87,1%	>= 60,0%	8
2015/apo_hh/83284 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			90,2%	>= 80,0%	10
2015/apo_hh/83285 QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			89,7%	>= 75,0%	12
2015/apo_hh/83286 QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,2%	>= 90,0%	14
2015/apo_hh/83287 QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			93,6%	>= 90,0%	16
2015/apo_hh/83288 QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			87,7%	>= 70,0%	18
2015/apo_hh/83290 QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			87,0%	>= 75,0%	20

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2015/apo_hh/83291 QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,8%	>= 95,0%	22
2015/apo_hh/83292 QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			97,7%	>= 90,0%	24
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2015/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	26
2015/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			3,8%	<= 4,0%	26
2015/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			16,8%	<= 25,0%	26
2015/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			89,4%	>= 75,0%	31
2015/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			34,1%	nicht definiert	33

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
2015/apo_hh/98323 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			75,6%	nicht definiert	35
2015/apo_hh/98326 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			65,7%	nicht definiert	35
2015/apo_hh/103490 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			74,8%	>= 55,0%	35
2015/apo_hh/83303 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			90,0%	nicht definiert	35
2015/apo_hh/83307 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			85,3%	nicht definiert	35
2015/apo_hh/103491 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			89,7%	>= 70,0%	35
2015/apo_hh/103499 > 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			84,0%	nicht definiert	35

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyserate					
2015/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			64,2%	nicht definiert	46
2015/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			32,9%	nicht definiert	46
2015/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			62,5%	>= 40,0%	46
2015/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			20,0%	nicht definiert	46

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 15: Systemische Thrombolyse					
door-to-needle-time					
2015/apo_hh/83314 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			58,8%	nicht definiert	52
2015/apo_hh/83321 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			62,5%	nicht definiert	52
2015/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			60,6%	>= 25,0%	52
2015/apo_hh/83313 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			90,0%	nicht definiert	52
2015/apo_hh/83320 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			79,2%	nicht definiert	52
2015/apo_hh/103509 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			89,9%	>= 75,0%	52
2015/apo_hh/103518 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			50,0%	nicht definiert	52
2015/apo_hh/83372 QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			50,7%	>= 45,0%	63

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 60,0%

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.639 / 1.882	87,1%
Vertrauensbereich				85,5% - 88,6%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%

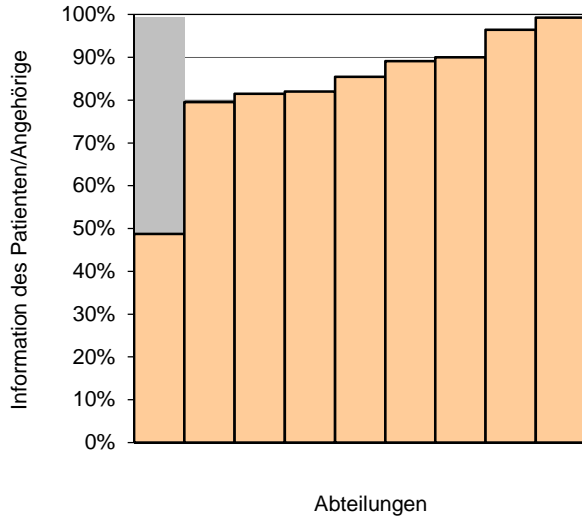
Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.909 / 2.197	86,9%
Vertrauensbereich				85,4% - 88,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2015/apo_hh/83254]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

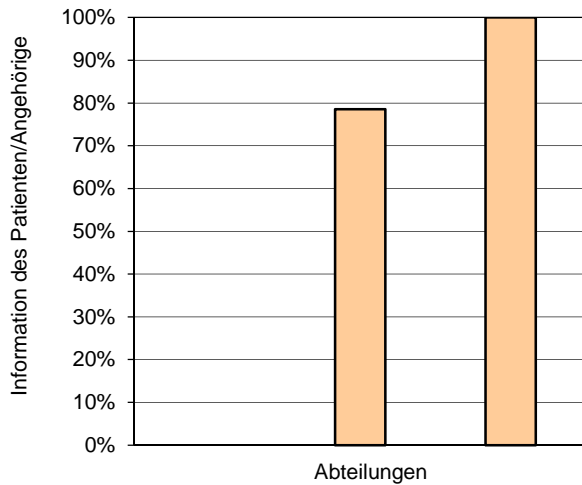
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	48,7	48,7	48,7	81,5	85,4	90,0	99,3	99,3	99,3

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	78,6	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			554 / 614	90,2%
Vertrauensbereich				87,6% - 92,5%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

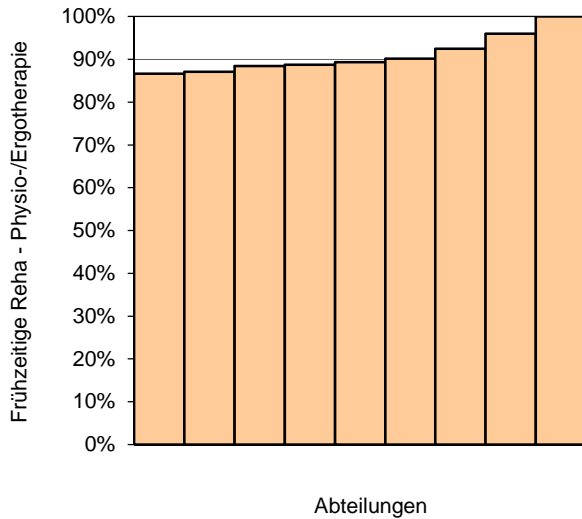
Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			677 / 721	93,9%
Vertrauensbereich				91,9% - 95,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2015/apo_hh/83284]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

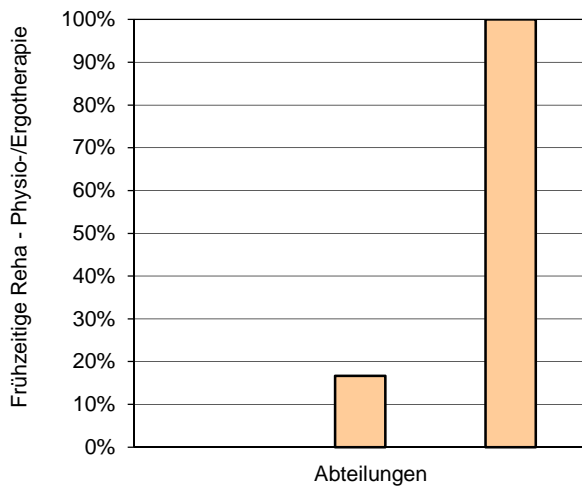
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,7	86,7	86,7	88,5	89,3	92,5	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			671 / 748	89,7%
Vertrauensbereich				87,3% - 91,8%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

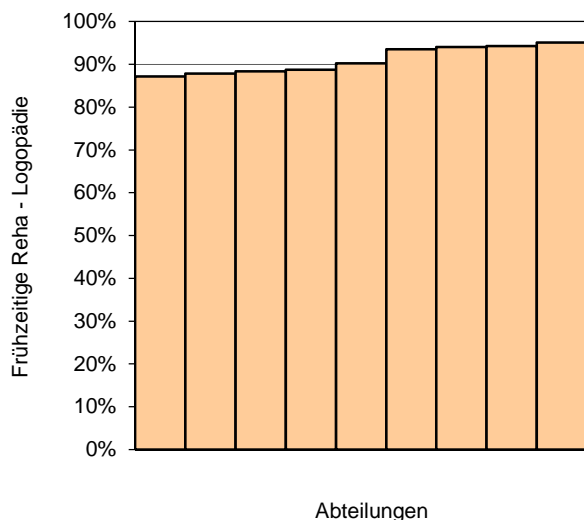
Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			735 / 823	89,3%
Vertrauensbereich				87,0% - 91,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2015/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:

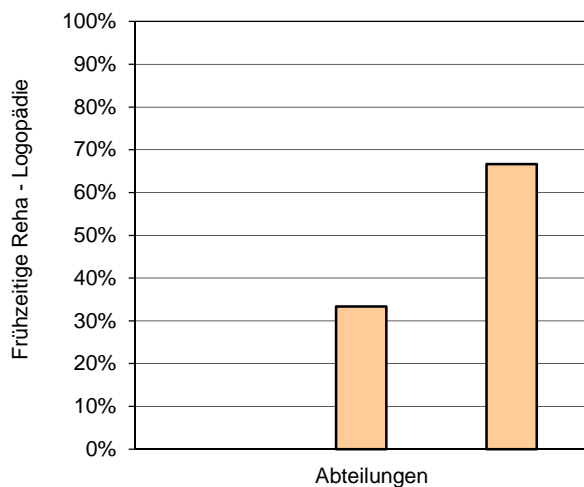
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,2	87,2	87,2	88,4	90,2	94,1	95,1	95,1	95,1

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	33,3	66,7	66,7	66,7	66,7

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.048 / 1.089	96,2%
Vertrauensbereich				94,9% - 97,3%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

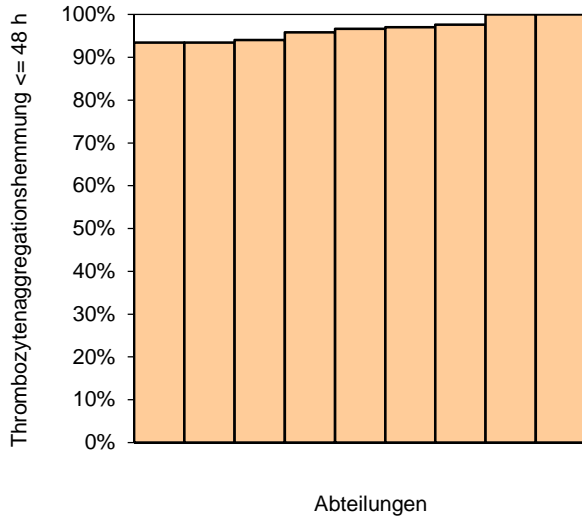
Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.191 / 1.225	97,2%
Vertrauensbereich				96,1% - 98,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2015/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:

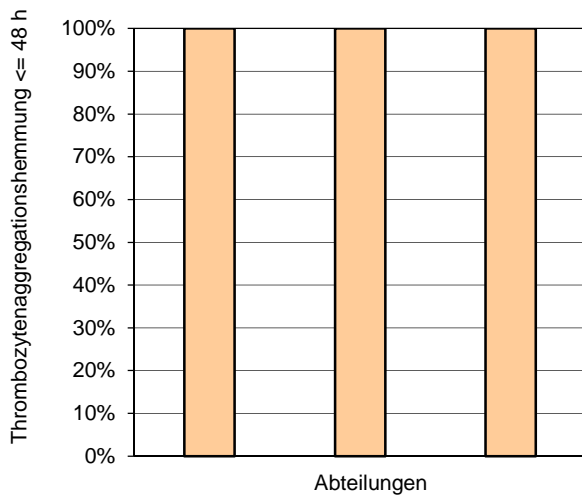
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,4	93,4	93,4	94,0	96,7	97,6	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: 2015/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90,0%

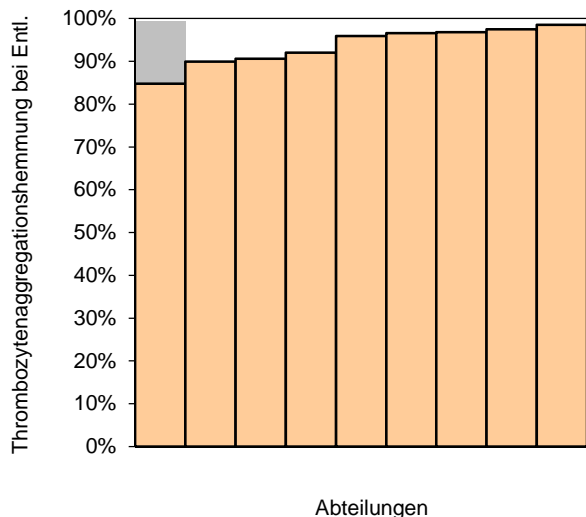
	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.308 / 1.398	93,6%
Vertrauensbereich				92,1% - 94,8%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.536 / 1.605	95,7%
Vertrauensbereich				94,6% - 96,6%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2015/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:

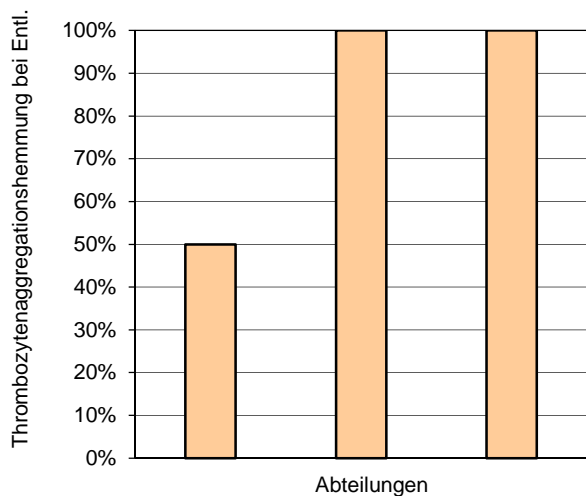
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,8	84,8	84,8	90,6	95,9	96,8	98,5	98,5	98,5

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

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


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


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

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

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83288

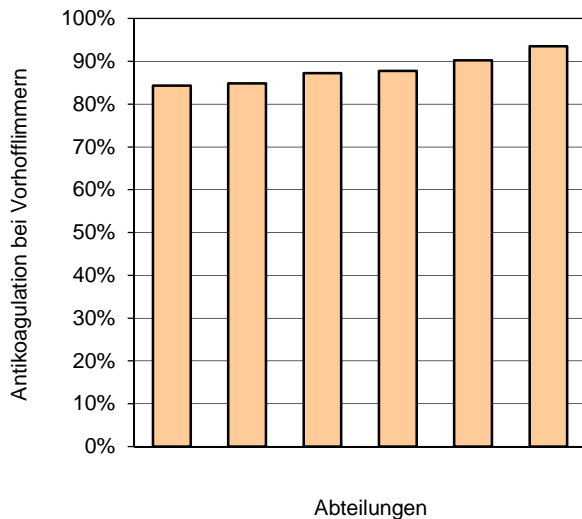
Referenzbereich: >= 70,0%

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			249 / 284	87,7%
Vertrauensbereich				83,3% - 91,3%
Referenzbereich		>= 70,0%		>= 70,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			321 / 372	86,3%
Vertrauensbereich				82,4% - 89,6%

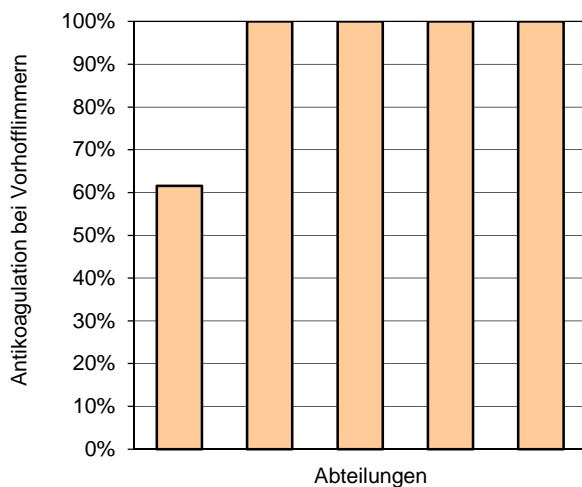
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2015/apo_hh/83288]:
Anteil von Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Entlassungsart nach Hause oder Reha-Klinik und mit wenig Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,3	84,3	84,3	84,8	87,5	90,2	93,5	93,5	93,5

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
	61,5	61,5	61,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Frühzeitige Mobilisierung

Qualitätsziel: Frühzeitige Mobilisierung bettlägeriger Patienten innerhalb <= 2 Tage nach Aufnahme

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

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83290

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			768 / 883	87,0%
Vertrauensbereich				84,6% - 89,1%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

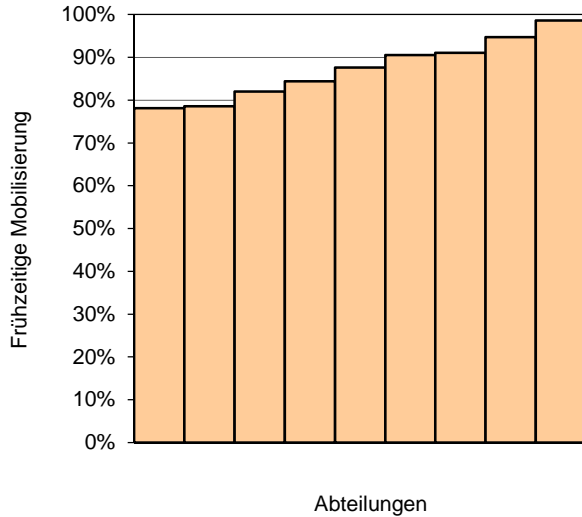
Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			871 / 983	88,6%
Vertrauensbereich				86,4% - 90,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2015/apo_hh/83290]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

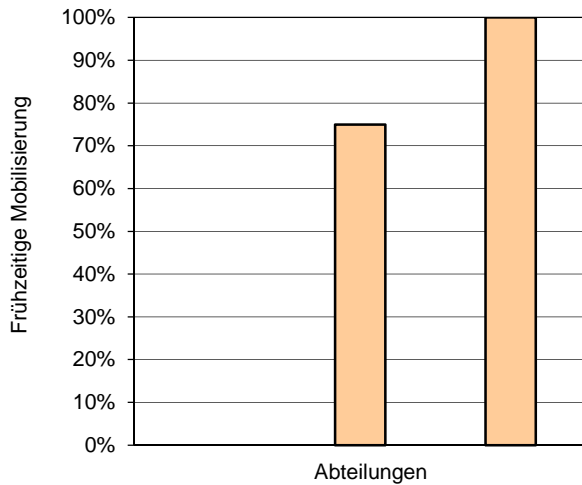
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,1	78,1	78,1	82,1	87,6	91,1	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
	0,0	0,0	0,0	0,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83291

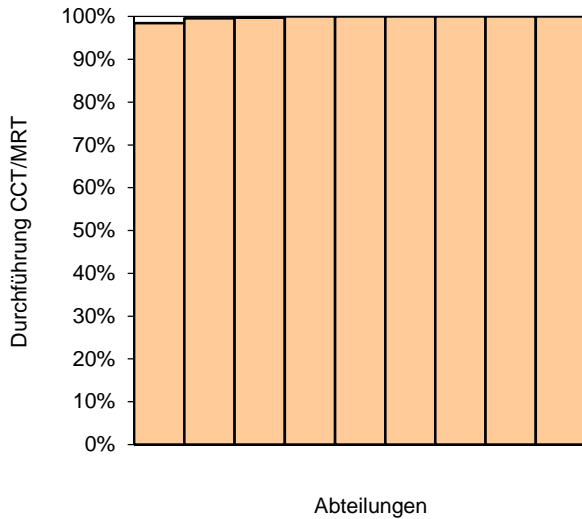
Referenzbereich: >= 95,0%

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.970 / 1.974	99,8%
Vertrauensbereich				99,5% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.288 / 2.289	100,0%
Vertrauensbereich				99,7% - 100,0%

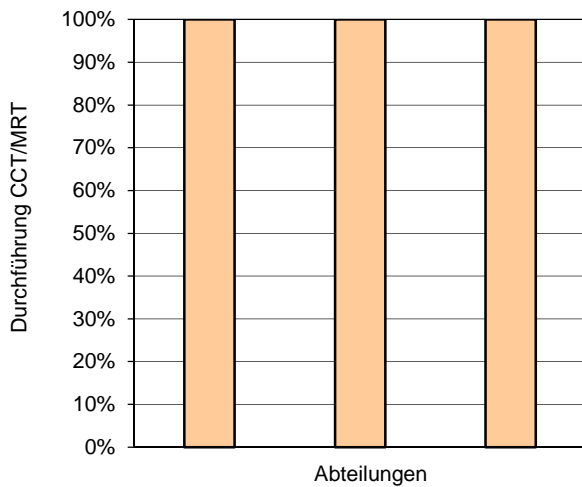
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2015/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,4	98,4	98,4	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83292

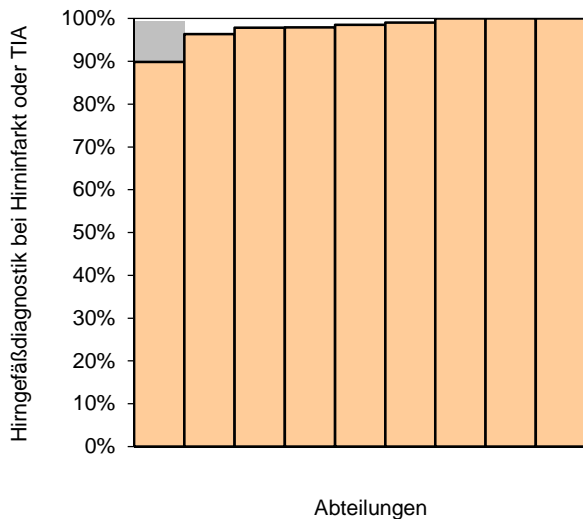
Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.806 / 1.849	97,7%
Vertrauensbereich				96,9% - 98,3%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			2.054 / 2.123	96,7%
Vertrauensbereich				95,9% - 97,5%

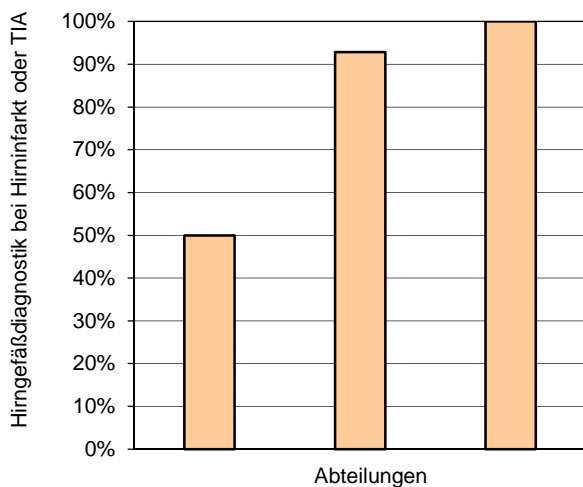
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2015/apo_hh/83292]:
Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,8	89,8	89,8	97,9	98,5	100,0	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.




Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

Indikator-ID:
 Gruppe 1: 2015/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2015/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2015/apo_hh/83386

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

	Abteilung 2015 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

	Gesamt 2015 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 647 0,0%	46 / 1.202 3,8%	21 / 125 16,8%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,6%	2,8% - 5,1%	10,7% - 24,6%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

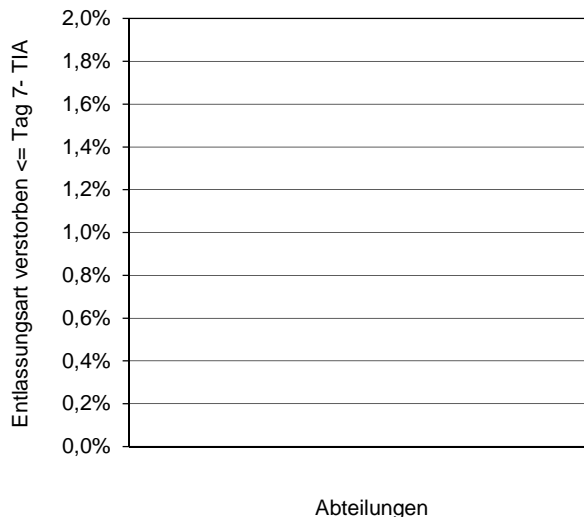
Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2014 I. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 768 0,0% 0,0% - 0,5%	35 / 1.355 2,6% 1,8% - 3,6%	26 / 166 15,7% 10,5% - 22,1%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2015/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

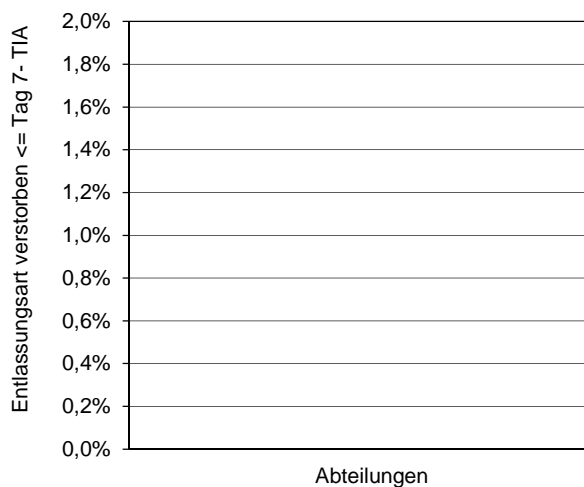
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

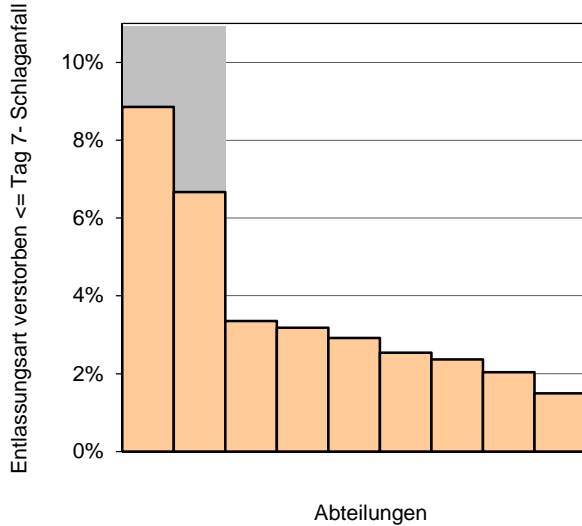


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

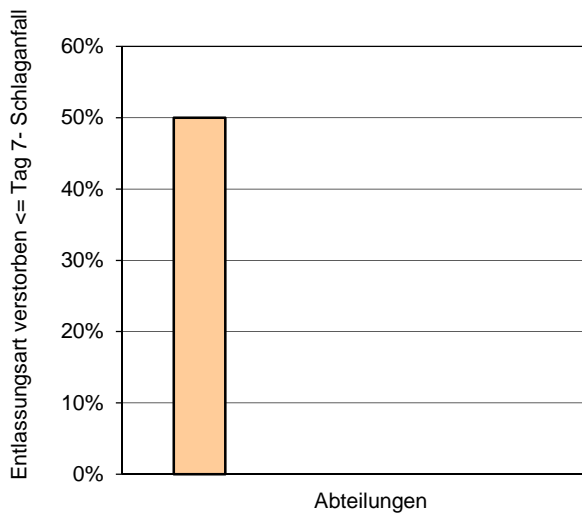
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2015/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,5	1,5	1,5	2,4	2,9	3,4	8,9	8,9	8,9

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



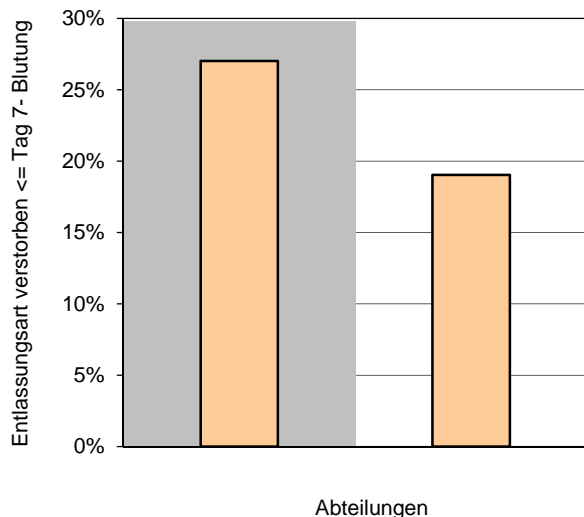
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	50,0	50,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Indikator-ID 2015/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

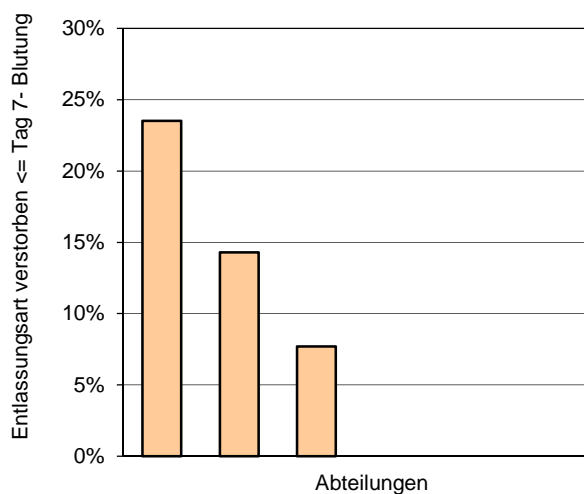
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	19,0	19,0	19,0	19,0	23,0	27,0	27,0	27,0	27,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	14,3	23,5	23,5	23,5

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


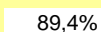
Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen


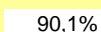
Qualitätsziel: Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall

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

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			971 / 1.086	 89,4%
Vertrauensbereich				87,4% - 91,2%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

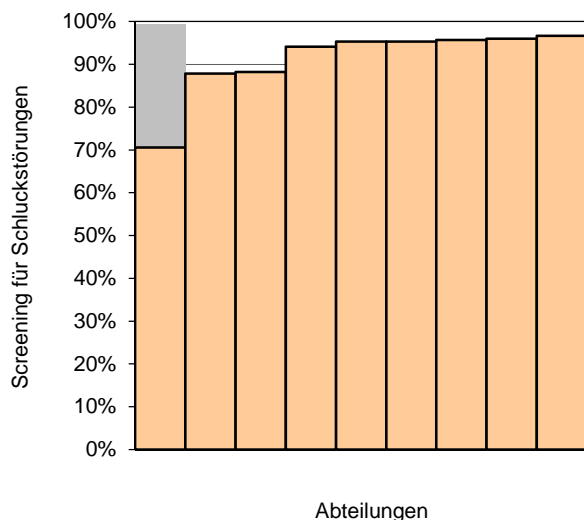
Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.135 / 1.260	 90,1%
Vertrauensbereich				88,3% - 91,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2015/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:

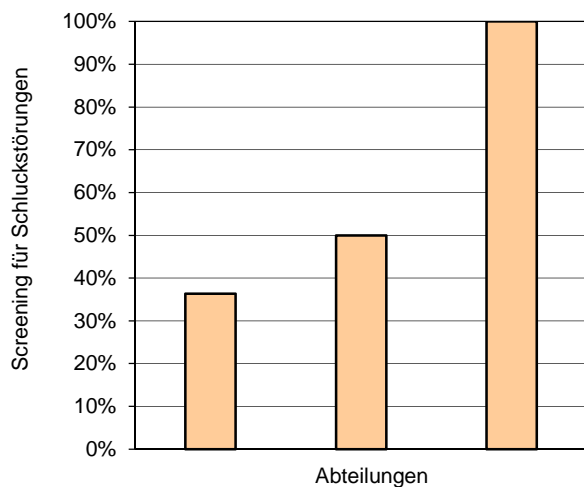
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,6	70,6	70,6	88,2	95,3	95,7	96,7	96,7	96,7

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
	36,4	36,4	36,4	36,4	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2015/apo_hh/83295

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

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			162 / 1.974	8,2%
> 1 - <= 2 Stunden			289 / 1.974	14,6%
> 2 - <= 3 Stunden			223 / 1.974	11,3%
> 3 - <= 3,5 Stunden			60 / 1.974	3,0%
> 3,5 - <= 4 Stunden			56 / 1.974	2,8%
> 4 - <= 6 Stunden			169 / 1.974	8,6%
> 6 - <= 24 Stunden			408 / 1.974	20,7%
> 24 - <= 48 Stunden			158 / 1.974	8,0%
> 48 Stunden			233 / 1.974	11,8%
wake up stroke			92 / 1.974	4,7%
unbekannt			124 / 1.974	6,3%
<= 3 Stunden			674 / 1.974	34,1%
Vertrauensbereich				32,1% - 36,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

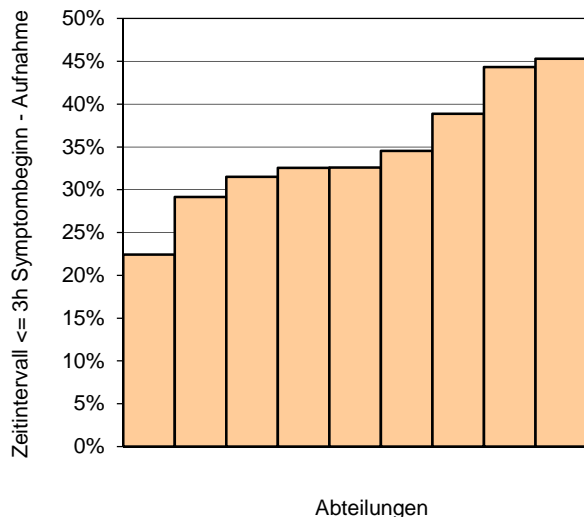
Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			768 / 2.289	33,6%
Vertrauensbereich				31,6% - 35,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2015/apo_hh/83295]:

Anteil von Patienten mit Zeitintervall zwischen Symptombeginn und Aufnahme <= 3 Stunden an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

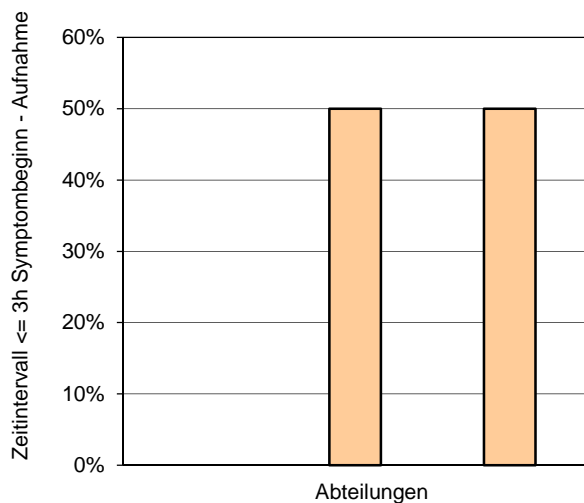
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	22,4	22,4	22,4	31,5	32,6	38,9	45,3	45,3	45,3

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	50,0	50,0	50,0	50,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min. 2015/apo_hh/98323 <= 60 Min. 2015/apo_hh/83303	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. 2015/apo_hh/98326 <= 60 Min. 2015/apo_hh/83307	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. 2015/apo_hh/103490 <= 60 Min. 2015/apo_hh/103491	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. 2015/apo_hh/103499	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. >= 55,0% <= 60 Min. >= 70,0%	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Abteilung 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 55,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert

	Abteilung 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 bis 3 Stunden				
> 3 bis 6 Stunden				
> 6 Stunden				
1. Bildgebung vor Aufnahme				
keine Bildgebung erfolgt				

	Gesamt 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	326 / 431 75,6%	94 / 143 65,7%	369 / 493 74,8%	51 / 81 63,0%
Vertrauensbereich	71,3% - 79,6%	57,3% - 73,5%	70,8% - 78,6%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 55,0%	
<= 60 Minuten	388 / 431 90,0%	122 / 143 85,3%	442 / 493 89,7%	68 / 81 84,0%
Vertrauensbereich	86,8% - 92,7%	78,4% - 90,7%	86,6% - 92,2%	74,1% - 91,2%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	62 / 431 14,4%	28 / 143 19,6%	73 / 493 14,8%	17 / 81 21,0%
> 1 bis 3 Stunden	29 / 431 6,7%	17 / 143 11,9%	36 / 493 7,3%	10 / 81 12,3%
> 3 bis 6 Stunden	12 / 431 2,8%	3 / 143 2,1%	13 / 493 2,6%	2 / 81 2,5%
> 6 Stunden	2 / 431 0,5%	1 / 143 0,7%	2 / 493 0,4%	1 / 81 1,2%
1. Bildgebung vor Aufnahme	6 / 437 1,4%	6 / 149 4,0%	10 / 503 2,0%	2 / 83 2,4%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 431 0,0%	0 / 143 0,0%	0 / 493 0,0%	0 / 81 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

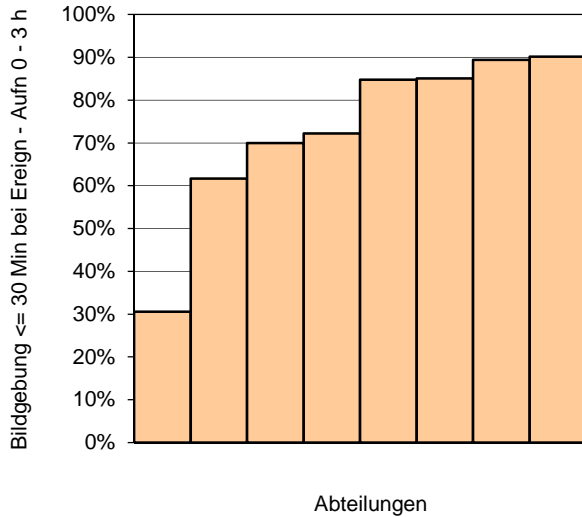
Vorjahresdaten	Gesamt 2014 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	335 / 445 75,3%	135 / 223 60,5%	396 / 532 74,4%	
Vertrauensbereich	71,0% - 79,2%	53,8% - 67,0%	70,5% - 78,1%	
<= 60 Minuten	408 / 445 91,7%	193 / 223 86,5%	486 / 532 91,4%	115 / 136 84,6%
Vertrauensbereich	88,7% - 94,1%	81,3% - 90,7%	88,6% - 93,6%	77,3% - 90,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Indikator-ID 2015/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:

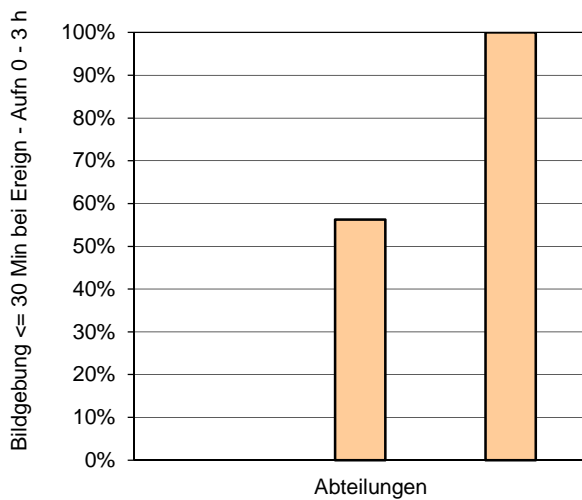
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	30,6	30,6	30,6	65,9	78,5	87,2	90,2	90,2	90,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	56,3	100,0	100,0	100,0	100,0

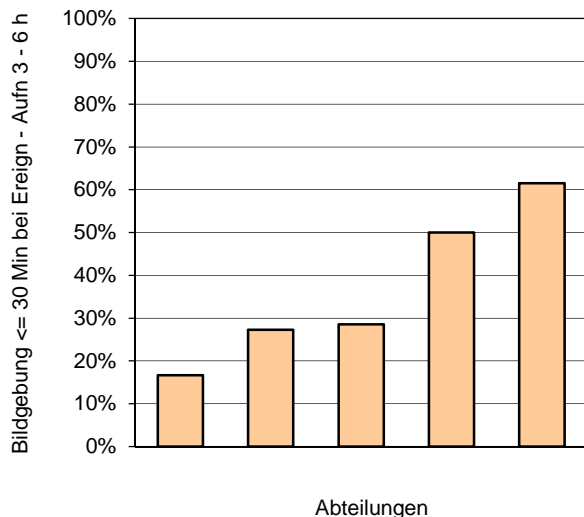
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Indikator-ID 2015/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:

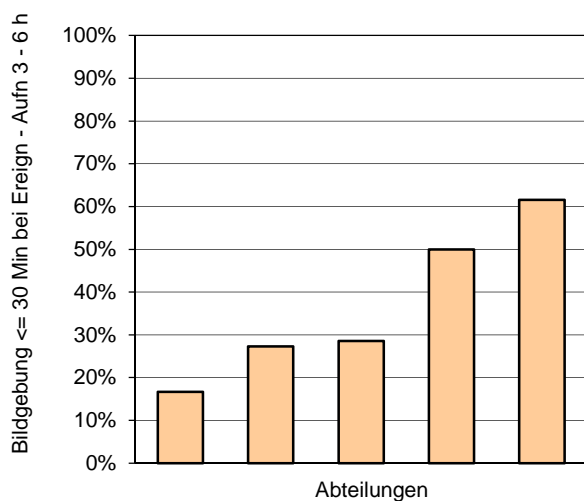
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,3	63,3	63,3	68,6	79,5	86,9	88,9	88,9	88,9

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,7	16,7	16,7	27,3	28,6	50,0	61,5	61,5	61,5

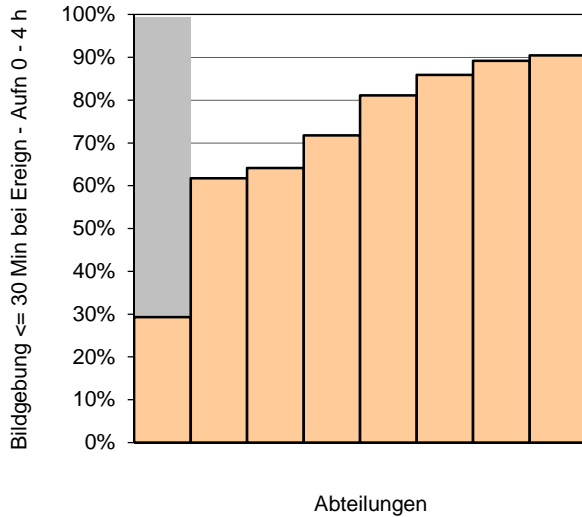
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Indikator-ID 2015/apo_hh/103490]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

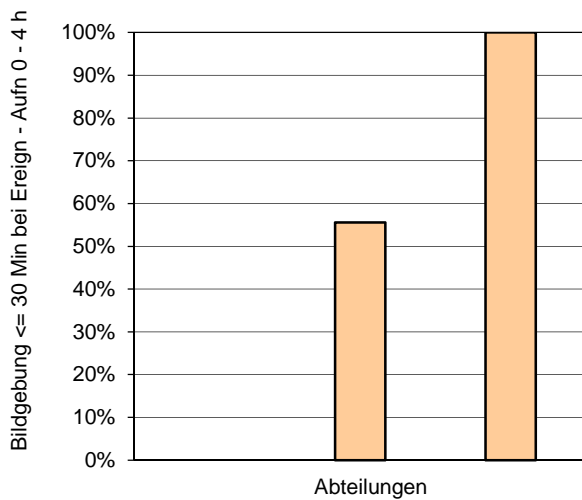
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	29,3	29,3	29,3	63,0	76,5	87,5	90,5	90,5	90,5

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	55,6	100,0	100,0	100,0	100,0

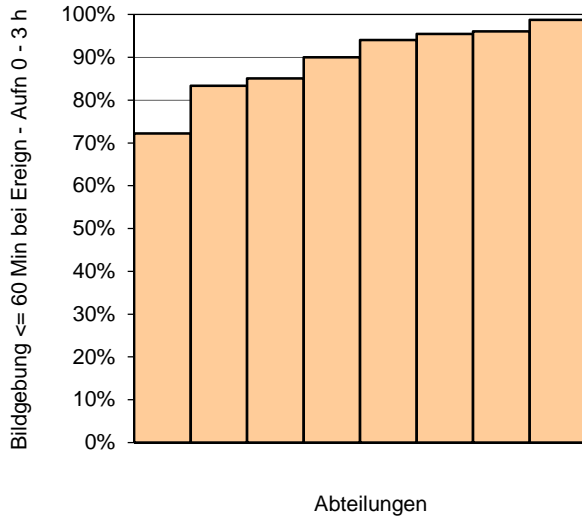
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Indikator-ID 2015/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:

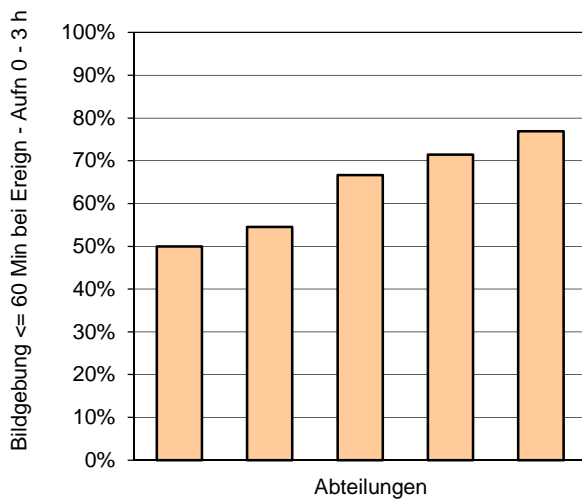
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,2	72,2	72,2	84,2	92,0	95,8	98,7	98,7	98,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	62,5	100,0	100,0	100,0	100,0

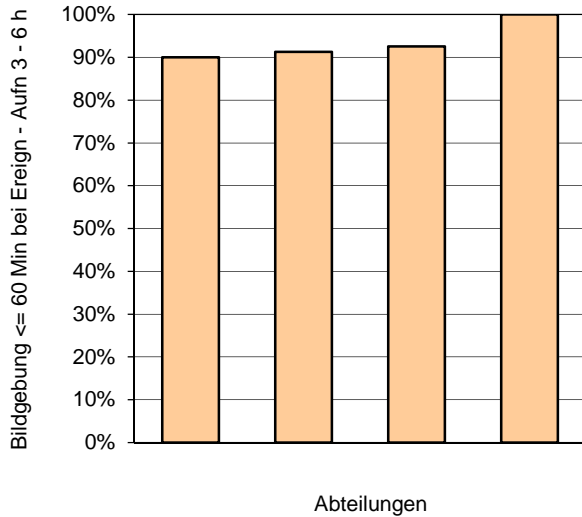
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13e, Indikator-ID 2015/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:

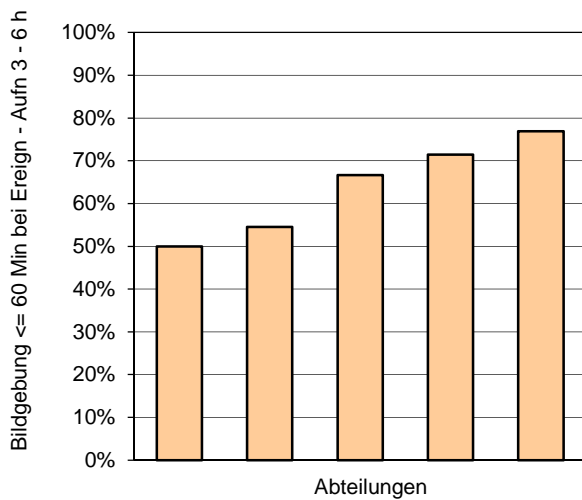
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0	90,0	90,0	90,7	91,9	96,3	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
	50,0	50,0	50,0	54,5	66,7	71,4	76,9	76,9	76,9

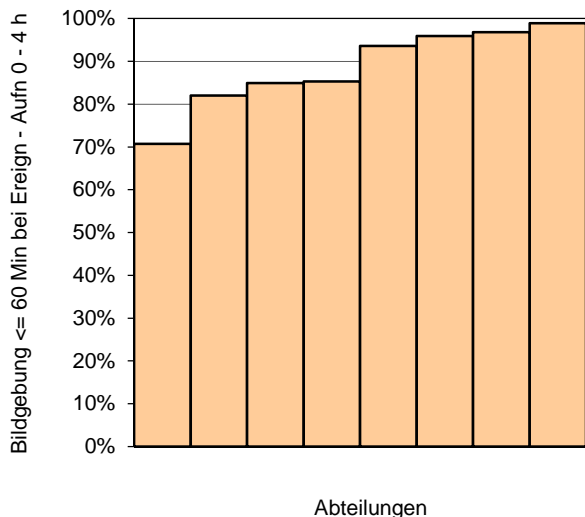
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13f, Indikator-ID 2015/apo_hh/103491]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

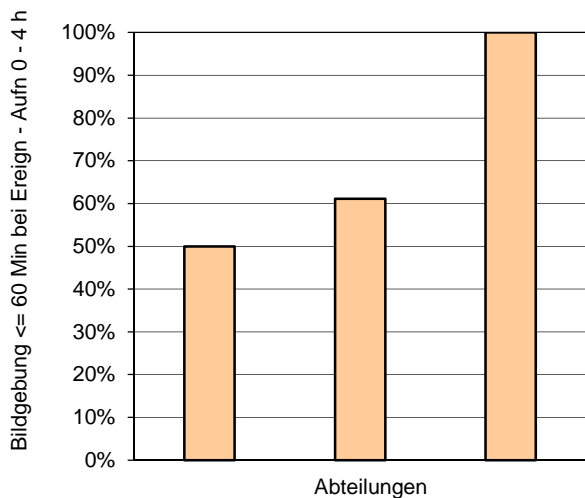
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,7	70,7	70,7	83,5	89,4	96,4	98,9	98,9	98,9

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	61,1	100,0	100,0	100,0	100,0

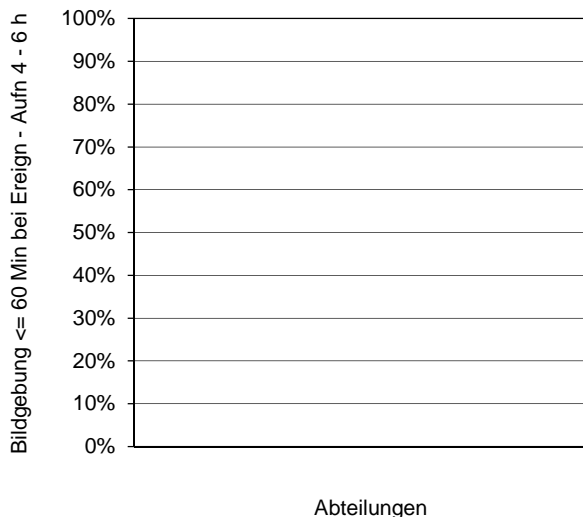
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13g, Indikator-ID 2015/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:

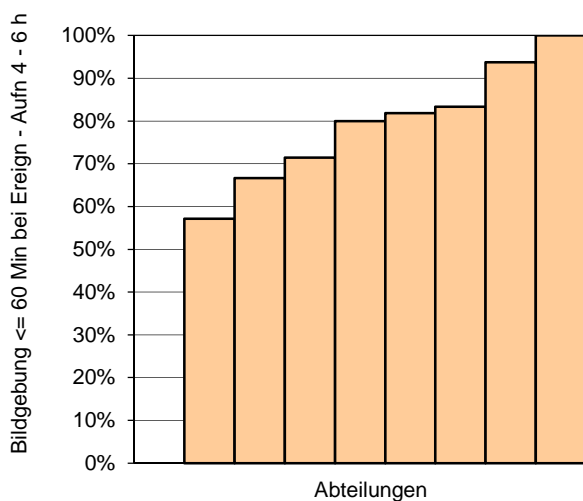
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	66,7	80,0	83,3	100,0	100,0	100,0

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 3 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 4 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2015/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2015/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2015/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2015/apo_hh/103507	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	$\geq 40,0\%$	
	Gruppe 4:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Abteilung 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 40,0\%$	nicht definiert

	Gesamt 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	147 / 229	23 / 70	162 / 259	8 / 40
Vertrauensbereich	64,2%	32,9%	62,5%	20,0%
Referenzbereich	57,6% - 70,4%	22,1% - 45,2%	$\geq 40,0\%$	9,0% - 35,8%

Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich				

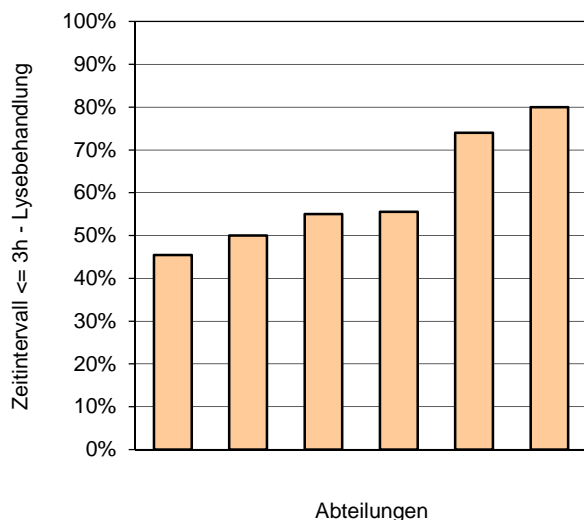
Vorjahresdaten	Gesamt 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	125 / 204 61,3% 54,2% - 68,0%	18 / 90 20,0% 12,3% - 29,8%	139 / 239 58,2% 51,6% - 64,5%	4 / 55 7,3% 1,9% - 17,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Indikator-ID 2015/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:

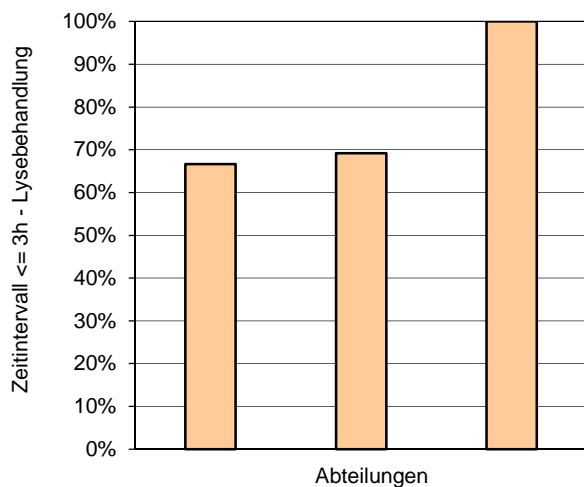
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,5	45,5	45,5	50,0	55,3	74,0	80,0	80,0	80,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	66,7	69,2	100,0	100,0	100,0	100,0

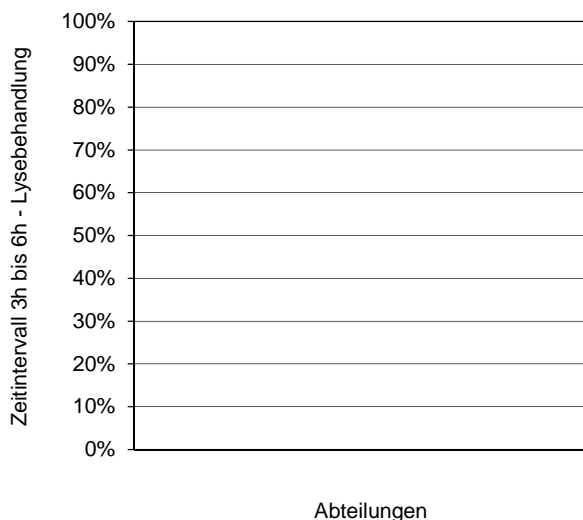
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Indikator-ID 2015/apo_hh/83312]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

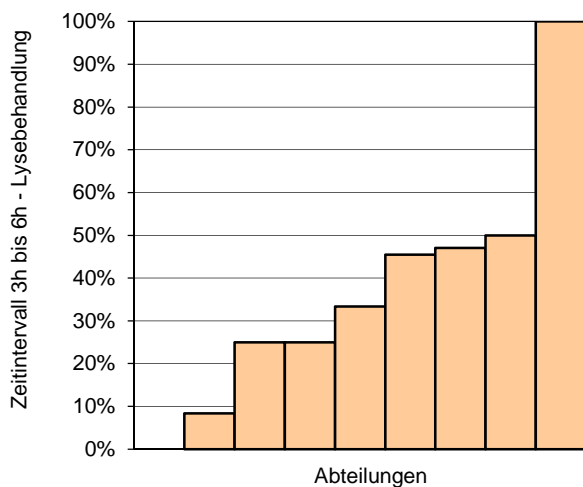
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	25,0	33,3	47,1	100,0	100,0	100,0

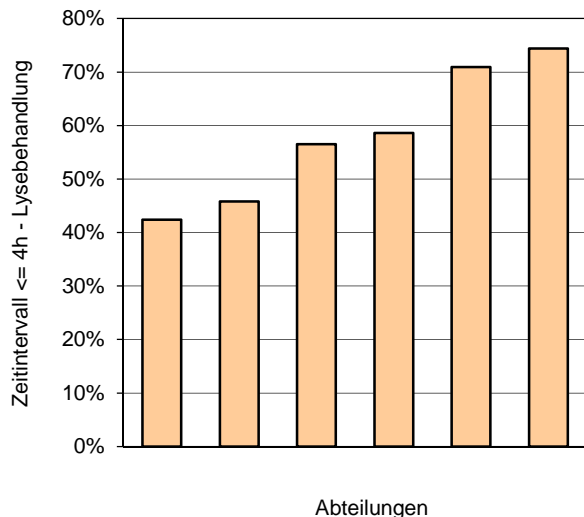
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Indikator-ID 2015/apo_hh/103506]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

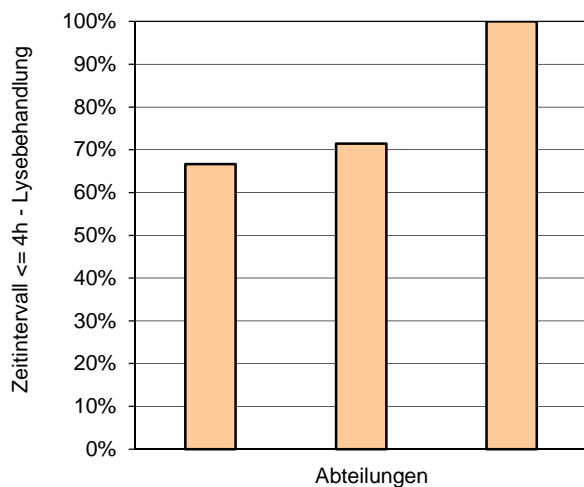
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,4	42,4	42,4	45,8	57,6	70,9	74,4	74,4	74,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	66,7	71,4	100,0	100,0	100,0	100,0

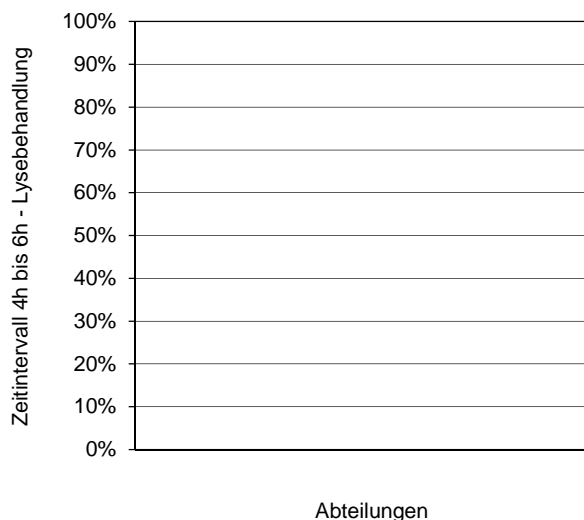
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Indikator-ID 2015/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:

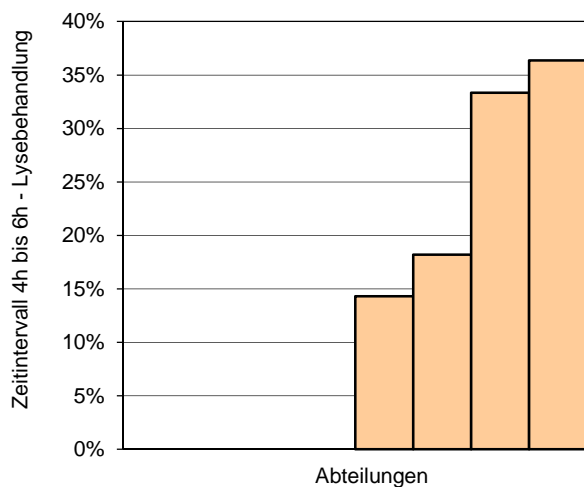
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.










Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	25,8	36,4	36,4	36,4

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.








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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 4 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)
Indikator-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min. 2015/apo_hh/83314 <= 60 Min. 2015/apo_hh/83313
	Gruppe 2:	<= 30 Min. 2015/apo_hh/83321 <= 60 Min. 2015/apo_hh/83320
	Gruppe 3:	<= 30 Min. 2015/apo_hh/103508 <= 60 Min. 2015/apo_hh/103509
	Gruppe 4:	<= 60 Min. 2015/apo_hh/103518
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 2:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 3:	<= 30 Min. >= 25,0% <= 60 Min. >= 75,0%
	Gruppe 4:	<= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

Abteilung 2015 I. Quartal				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 25,0%	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 75,0%	nicht definiert

	Abteilung 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 - 2 Stunden				
> 2 - 3 Stunden				
> 3 - 4 Stunden				
> 4 - 6 Stunden				
> 6 Stunden				
keine Lyse durchgeführt				

	Gesamt 2015 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	100 / 170 58,8%	15 / 24 62,5%	114 / 188 60,6%	1 / 6 16,7%
Vertrauensbereich	51,0% - 66,3%	40,5% - 81,3%	53,3% - 67,7%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 25,0%	
<= 60 Minuten	153 / 170 90,0%	19 / 24 79,2%	169 / 188 89,9%	3 / 6 50,0%
Vertrauensbereich	84,4% - 94,1%	57,8% - 92,9%	84,6% - 93,8%	11,8% - 88,2%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 75,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	53 / 170 31,2%	4 / 24 16,7%	55 / 188 29,3%	2 / 6 33,3%
> 1 - 2 Stunden	13 / 170 7,6%	3 / 24 12,5%	14 / 188 7,4%	2 / 6 33,3%
> 2 - 3 Stunden	4 / 170 2,4%	0 / 24 0,0%	4 / 188 2,1%	0 / 6 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 170 0,0%	1 / 24 4,2%	1 / 188 0,5%	0 / 6 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 170 0,0%	1 / 24 4,2%	0 / 188 0,0%	1 / 6 16,7%
> 6 Stunden	0 / 170 0,0%	0 / 24 0,0%	0 / 188 0,0%	0 / 6 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 170 0,0%	0 / 24 0,0%	0 / 188 0,0%	0 / 6 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

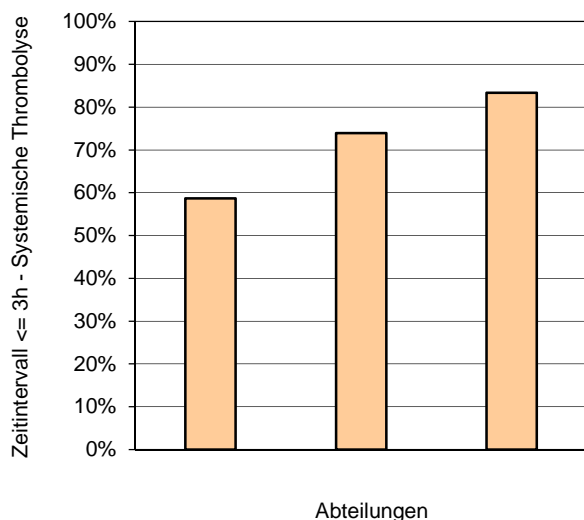
Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	68 / 144 47,2%	8 / 18 44,4%	74 / 158 46,8%	
Vertrauensbereich	38,8% - 55,7%	21,5% - 69,3%	38,9% - 54,9%	
<= 60 Minuten	131 / 144 91,0%	15 / 18 83,3%	143 / 158 90,5%	3 / 4 75,0%
Vertrauensbereich	85,0% - 95,1%	58,5% - 96,5%	84,8% - 94,6%	19,4% - 99,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Indikator-ID 2015/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:

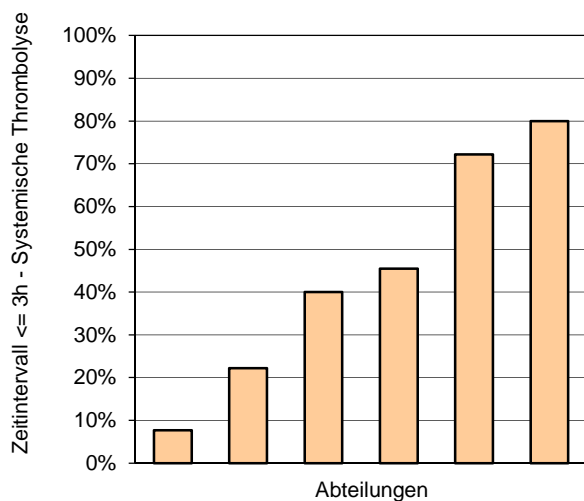
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,7	58,7	58,7	58,7	73,9	83,3	83,3	83,3	83,3

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,7	7,7	7,7	22,2	42,7	72,2	80,0	80,0	80,0

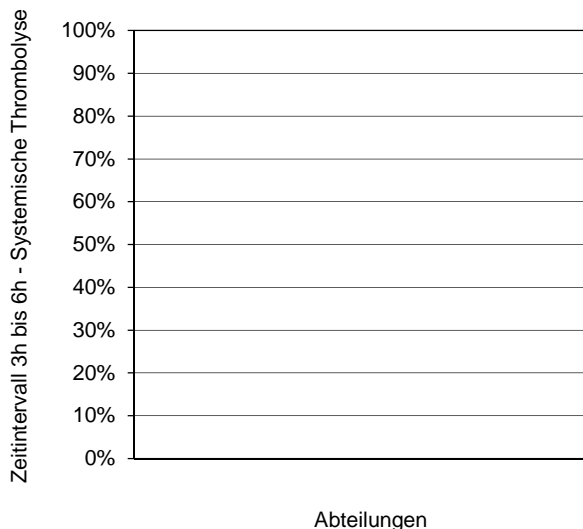
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Indikator-ID 2015/apo_hh/83321]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

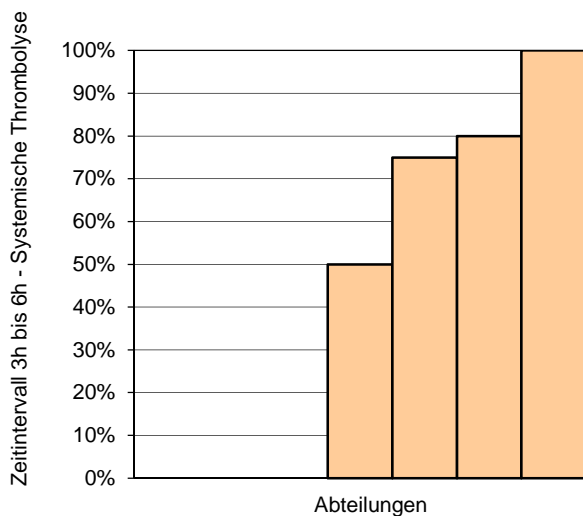
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

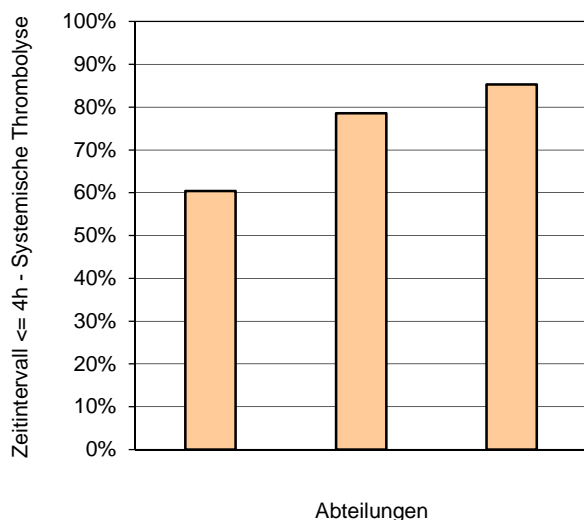
6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Indikator-ID 2015/apo_hh/103508]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

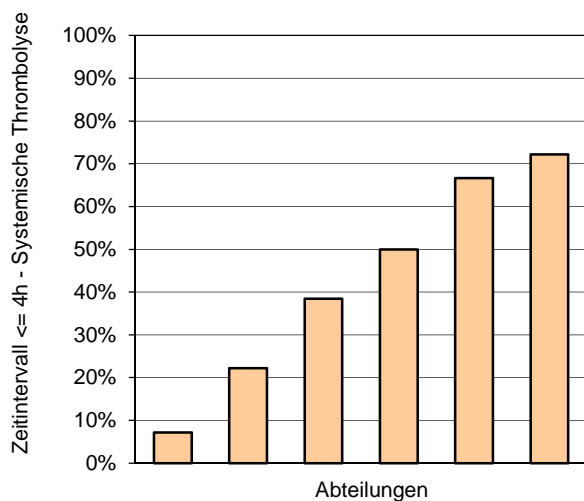
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,4	60,4	60,4	60,4	78,6	85,3	85,3	85,3	85,3

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,1	7,1	7,1	22,2	44,2	66,7	72,2	72,2	72,2

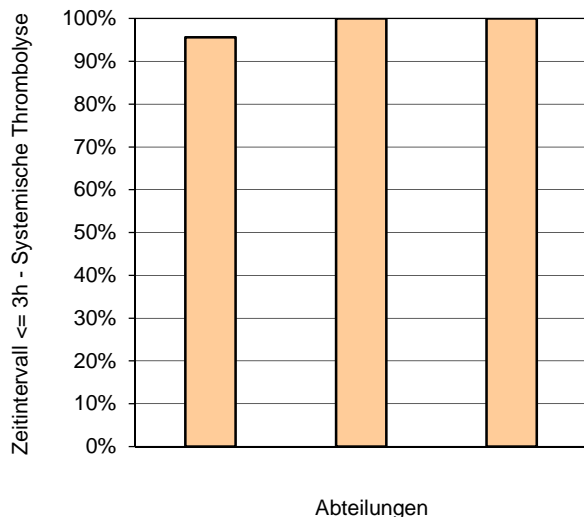
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Indikator-ID 2015/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:

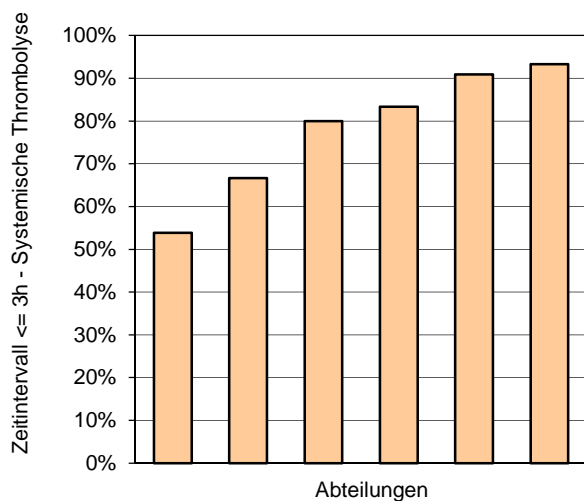
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,7	95,7	95,7	95,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,8	53,8	53,8	66,7	81,7	90,9	93,3	93,3	93,3

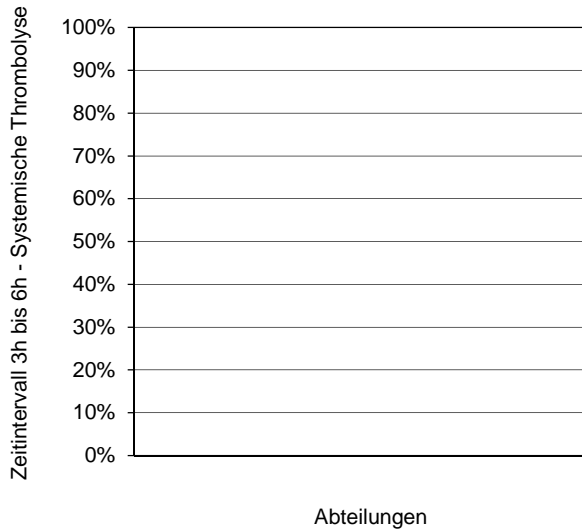
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15e, Indikator-ID 2015/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:

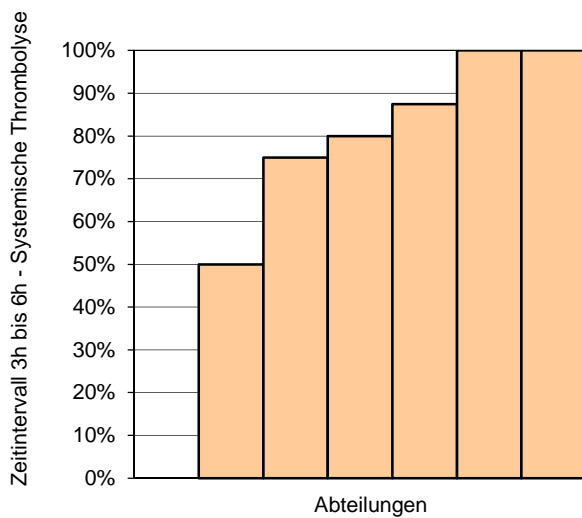
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

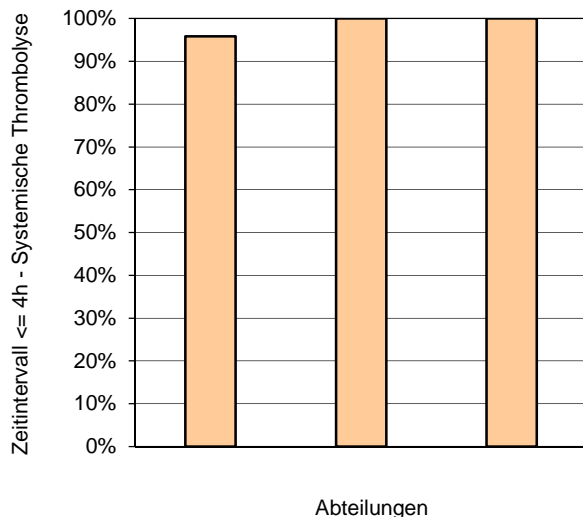
6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15f, Indikator-ID 2015/apo_hh/103509]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

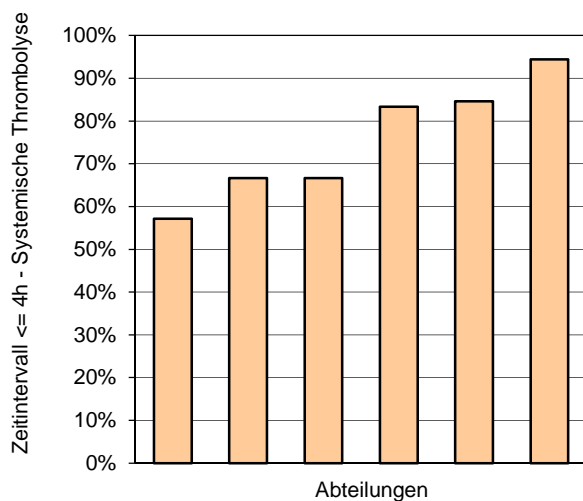
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,8	95,8	95,8	95,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	57,1	57,1	57,1	66,7	75,0	84,6	94,4	94,4	94,4

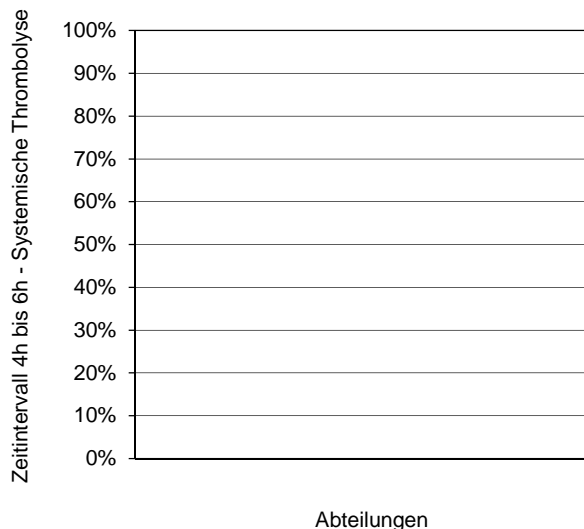
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15g, Indikator-ID 2015/apo_hh/103518]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

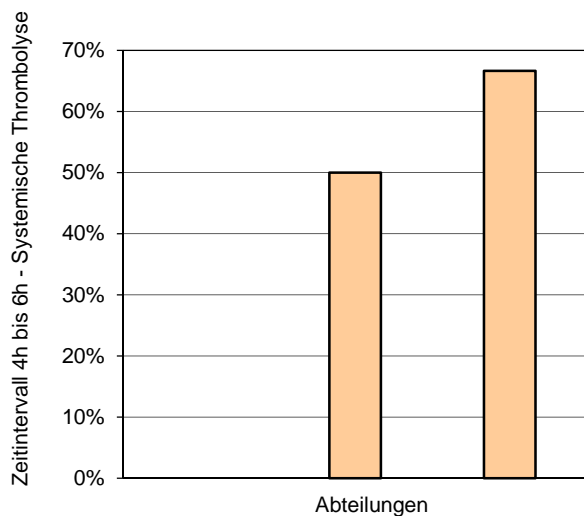
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







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

10 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2015/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 45,0%

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			1.001 / 1.974	 50,7%
Vertrauensbereich				48,5% - 52,9%
Referenzbereich		>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2014 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			1.165 / 2.289	 50,9%
Vertrauensbereich				48,8% - 53,0%

Abteilung 2015 I. Quartal

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

Gesamt 2015 I. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	299 15,1%	191 9,7%	118 6,0%	46 2,3%	11 0,6%	1 0,1%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	14 0,7%	147 7,4%	160 8,1%	69 3,5%	36 1,8%	11 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	12 0,6%	103 5,2%	124 6,3%	51 2,6%	12 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	8 0,4%	13 0,7%	71 3,6%	84 4,3%	24 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	3 0,2%	6 0,3%	11 0,6%	52 2,6%	63 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	0 0,0%	1 0,1%	11 0,6%	12 0,6%	114 5,8%
6 Tod	1 0,1%	0 0,0%	3 0,2%	7 0,4%	8 0,4%	73 3,7%
	Rankin bei Entlassung					

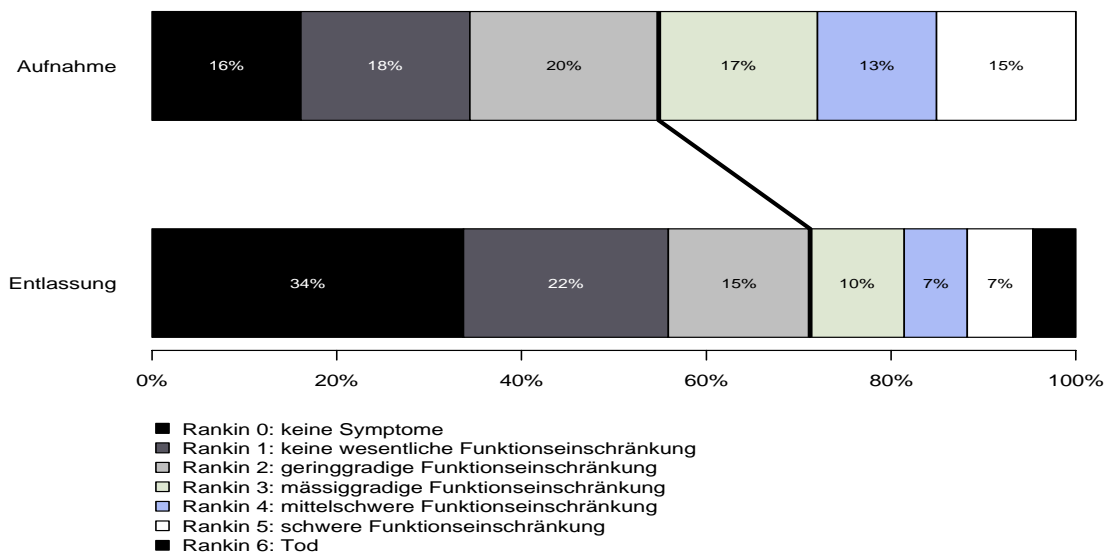
Vorjahresdaten
Abteilung 2014 I. Quartal

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

Vorjahresdaten
Gesamt 2014 I. Quartal

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	376 16,4%	221 9,7%	139 6,1%	55 2,4%	25 1,1%	5 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	26 1,1%	127 5,5%	174 7,6%	79 3,5%	29 1,3%	6 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	8 0,3%	14 0,6%	109 4,8%	161 7,0%	53 2,3%	14 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	3 0,1%	14 0,6%	89 3,9%	100 4,4%	39 1,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	11 0,5%	16 0,7%	74 3,2%	65 2,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	3 0,1%	4 0,2%	6 0,3%	16 0,7%	133 5,8%
6 Tod	0 0,0%	1 0,0%	1 0,0%	5 0,2%	8 0,3%	77 3,4%
	Rankin bei Entlassung					

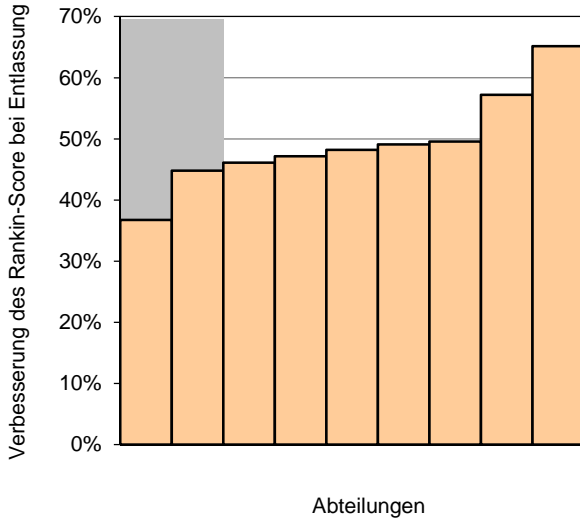
Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

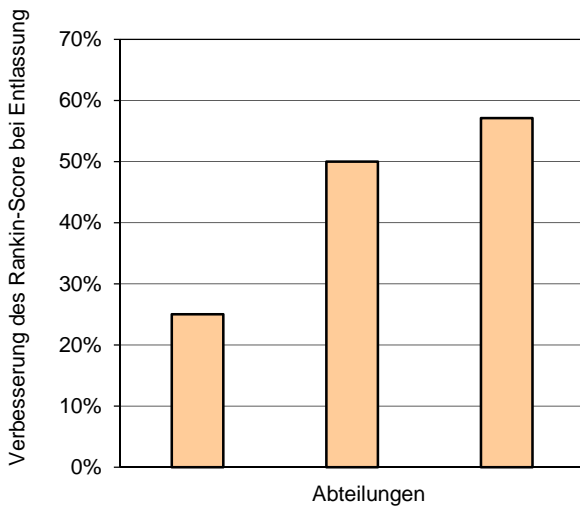
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Indikator-ID 2015/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	36,7	36,7	36,7	46,1	48,2	49,6	65,1	65,1	65,1

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
	25,0	25,0	25,0	25,0	50,0	57,1	57,1	57,1	57,1

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.460	100,0	2.963	100,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.460		2.963	

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

Patienten

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			1.974		2.289	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>76,0 Jahre</i>		<i>75,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			1.003	50,8	1.208	52,8
weiblich			971	49,2	1.081	47,2

Aufnahme

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.508	76,4	1.723	75,3
Sonnabend oder Sonntag			466	23,6	566	24,7
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			925	46,9	1.058	46,2
nein			1.026	52,0	1.206	52,7
nicht bestimmbar			23	1,2	25	1,1
Sprachstörung						
ja			483	24,5	536	23,4
nein			1.447	73,3	1.698	74,2
nicht bestimmbar			44	2,2	55	2,4
Sprechstörung						
ja			623	31,6	689	30,1
nein			1.287	65,2	1.525	66,6
nicht bestimmbar			64	3,2	75	3,3
Schluckstörung						
ja			352	17,8	357	15,6
nein			1.518	76,9	1.816	79,3
nicht bestimmbar			104	5,3	116	5,1
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.806	91,5	2.132	93,1
somnolent-stuporös			138	7,0	116	5,1
komatös			30	1,5	41	1,8
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			162	8,2	179	7,8
> 1 - <= 2 Stunden			289	14,6	343	15,0
> 2 - <= 3 Stunden			223	11,3	246	10,7
> 3 - <= 3,5 Stunden			60	3,0	89	3,9
> 3,5 - <= 4 Stunden			56	2,8	73	3,2
> 4 - <= 6 Stunden			169	8,6	223	9,7
> 6 - <= 24 Stunden			408	20,7	425	18,6
> 24 - <= 48 Stunden			158	8,0	166	7,3
> 48 Stunden			233	11,8	288	12,6
unbekannt			124	6,3	132	5,8
wake up stroke			92	4,7	125	5,5

Diagnostik

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.881	95,3	2.164	94,5
Bildgebung-MRT nach Ereignis			1.298	65,8	1.461	63,8
Frische Läsion in der Bildgebung			1.092	55,3	1.290	56,4
Schlucktest nach Protokoll			1.683	85,3	1.922	84,0
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			259	13,1	278	12,1
>= 1 - 24 Stunden			489	24,8	617	27,0
> 24 Stunden			1.226	62,1	1.394	60,9
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.888	95,6	2.149	93,9
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.881	95,3	2.117	92,5
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			401	20,3	511	22,3
früherer Schlaganfall			536	27,2	641	28,0
Vorhofflimmern			513	26,0	628	27,4
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.710		2.048	
Pneumonie			115		105	
erhöhter Hirndruck			51		51	
andere Komplikationen			144		130	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2015¹

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.202	60,9	1.355	59,2
TIA			647	32,8	768	33,6
ICB			125	6,3	166	7,3
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			360	18,2	367	16,0
gelegentlicher Verlust			197	10,0	227	9,9
kontinent			1.417	71,8	1.695	74,0
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			388	19,7	385	16,8
grosse Unterstützung			202	10,2	255	11,1
geringe Unterstützung			294	14,9	343	15,0
vollständig selbstständig			1.090	55,2	1.306	57,1
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			443	22,4	453	19,8
grosse Unterstützung			221	11,2	285	12,5
geringe Unterstützung			331	16,8	379	16,6
vollständig selbstständig			979	49,6	1.172	51,2
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			240	12,2	255	11,1
gelegentlicher Verlust			161	8,2	180	7,9
kontinent			1.481	75,0	1.762	77,0
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			178	9,0	197	8,6
grosse Unterstützung			144	7,3	142	6,2
geringe Unterstützung			196	9,9	209	9,1
vollständig selbstständig			1.364	69,1	1.649	72,0
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			216	10,9	239	10,4
grosse Unterstützung			159	8,1	166	7,3
geringe Unterstützung			237	12,0	259	11,3
vollständig selbstständig			1.270	64,3	1.533	67,0

Rankin Skala

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			318	16,1	411	18,0
Rankin 1			361	18,3	371	16,2
Rankin 2			404	20,5	452	19,7
Rankin 3			339	17,2	411	18,0
Rankin 4			254	12,9	305	13,3
Rankin 5			298	15,1	339	14,8
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			666	33,7	821	35,9
Rankin 1			437	22,1	441	19,3
Rankin 2			303	15,3	359	15,7
Rankin 3			201	10,2	245	10,7
Rankin 4			135	6,8	169	7,4
Rankin 5			140	7,1	162	7,1
Tod			92	4,7	92	4,0

Rehabilitation

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.345	68,1	1.485	64,9
> Tag 2 nach Aufnahme			24	1,2	32	1,4
keine			605	30,6	772	33,7
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.822	92,3	2.119	92,6
> Tag 2 nach Aufnahme			45	2,3	52	2,3
keine			107	5,4	118	5,2
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.605	81,3	1.893	82,7
> Tag 2 nach Aufnahme			29	1,5	33	1,4
keine			340	17,2	363	15,9

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			461	23,4	532	23,2
Beatmung			72	3,6	78	3,4
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.571	79,6	1.792	78,3
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.439	72,9	1.672	73,0
Thromboseprophylaxe			1.787	90,5	2.097	91,6

Entlassung

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			1.945	98,5	2.260	98,7
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.699	86,1	1.971	86,1
Entlassungsart						
verstorben			92	4,7	92	4,0
nach Hause			1.206	61,1	1.355	59,2
Pflegeeinrichtung/Heim			171	8,7	153	6,7
andere Abteilung			54	2,7	71	3,1
externe (Akut)Klinik			42	2,1	39	1,7
Reha-Klinik			409	20,7	579	25,3
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.974	100,0	2.289	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	8,0	<i>Tage</i>	7,9	<i>Tage</i>
Median		<i>Tage</i>	6,0	<i>Tage</i>	6,0	<i>Tage</i>

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			218	11,0	174	7,6
Lyse i.a.			40	2,0	36	1,6
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			131	6,6	85	3,7
> 30 - <= 60 Minuten			70	3,5	76	3,3
> 1 - <= 2 Stunden			24	1,2	21	0,9
> 2 - <=3 Stunden			4	0,2	2	0,1
> 3 - <=4 Stunden			1	0,1	1	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			2	0,1	0	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.742	88,2	2.104	91,9
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			983	49,8	1.075	47,0
> 30 - <= 60 Minuten			438	22,2	615	26,9
> 1 - <= 3 Stunden			316	16,0	370	16,2
> 3 - <= 6 Stunden			101	5,1	98	4,3
> 6 Stunden			62	3,1	54	2,4
1. Bildgebung vor Aufnahme			70	3,5	76	3,3
keine Bildgebung erfolgt			4	0,2	1	0,0
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			1.086	55,0	1.244	54,3
3 - 8 (mittel)			522	26,4	666	29,1
9 - 20 (schwerwiegend)			266	13,5	280	12,2
> 20 (sehr schwerwiegend)			89	4,5	80	3,5
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2015 I. Quartal		Gesamt 2015 I. Quartal		Gesamt 2014 I. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			1.502	76,1	1.576	68,9
Hypercholesterinämie			940	47,6	1.073	46,9
keine Angabe			152	7,7	352	15,4
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.335	67,6	1.353	59,1
Antihypertensiva			1.382	70,0	1.554	67,9
Antidiabetika			275	13,9	367	16,0
keine Angabe			229	11,6	354	15,5
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.498	75,9	1.667	72,8
Pflege zu Hause			164	8,3	176	7,7
Pflege in Institution			187	9,5	191	8,3
keine Angabe			125	6,3	255	11,1

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 2015.

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 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 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 2014 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

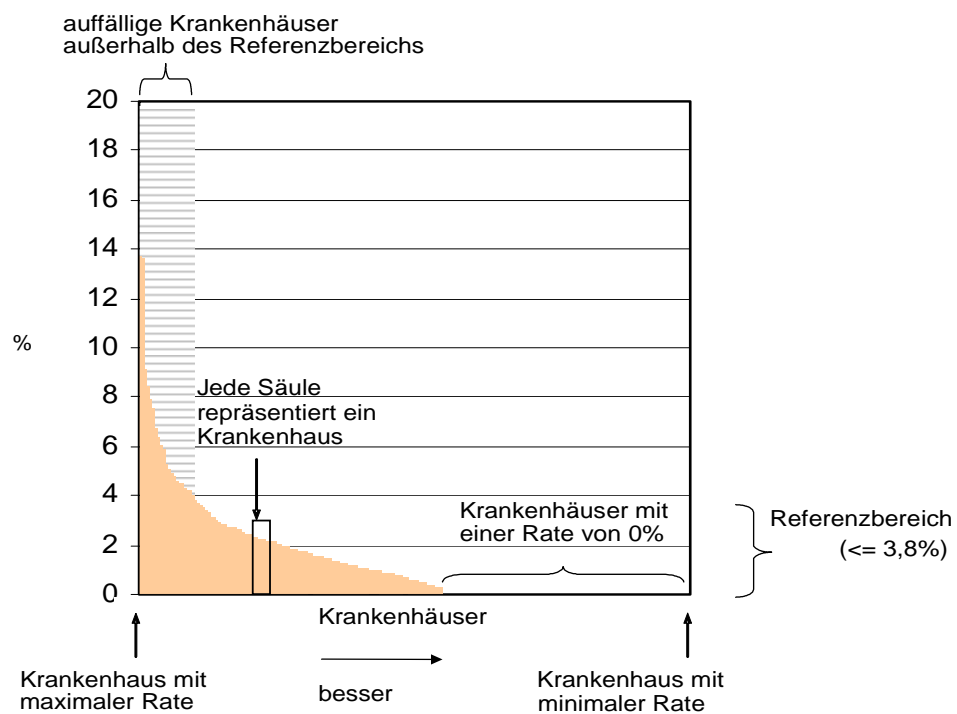
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

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

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