

Auswertung 2. Quartal 2016 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.651
Datensatzversion: apo_hh 2016 2.0
Datenbankstand: 03. August 2016
2016 - D16397-L102466-P49382

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 2016 im II. Quartal stationär aufgenommen wurden.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2016/apo_hh/83254 QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			87,2%	>= 60,0%	8
2016/apo_hh/83284 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			93,1%	>= 80,0%	10
2016/apo_hh/83285 QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			92,6%	>= 75,0%	12
2016/apo_hh/83286 QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,7%	>= 90,0%	14
2016/apo_hh/83287 QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			95,1%	>= 90,0%	16
2016/apo_hh/83288 QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			85,2%	>= 70,0%	18
2016/apo_hh/83290 QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			91,0%	>= 75,0%	20

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2016/apo_hh/83291 QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,7%	>= 95,0%	22
2016/apo_hh/83292 QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			98,4%	>= 90,0%	24
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2016/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,1%	<= 0,5%	26
2016/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			2,6%	<= 4,0%	26
2016/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			20,5%	<= 25,0%	26
2016/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			88,0%	>= 75,0%	31
2016/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			35,4%	nicht definiert	33

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
2016/apo_hh/98323 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			79,0%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/98326 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			69,8%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/103490 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			78,7%	>= 55,0%	35
2016/apo_hh/83303 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			94,2%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/83307 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			91,1%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/103491 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			94,2%	>= 70,0%	35
2016/apo_hh/103499 > 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			89,1%	nicht definiert	35

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyserate					
2016/apo_hh/83311					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			74,5%	nicht definiert	46
2016/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			34,3%	nicht definiert	46
2016/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			71,0%	>= 40,0%	46
2016/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			23,4%	nicht definiert	46

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 15: Systemische Thrombolyse					
door-to-needle-time					
2016/apo_hh/83314 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			61,8%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83321 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			56,5%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			60,5%	>= 25,0%	52
2016/apo_hh/83313 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			94,1%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83320 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			89,1%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/103509 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			93,1%	>= 75,0%	52
2016/apo_hh/103518 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			94,1%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83372 QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			50,8%	>= 45,0%	63

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 60,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.867 / 2.140	87,2% 85,8% - 88,6% >= 60,0%

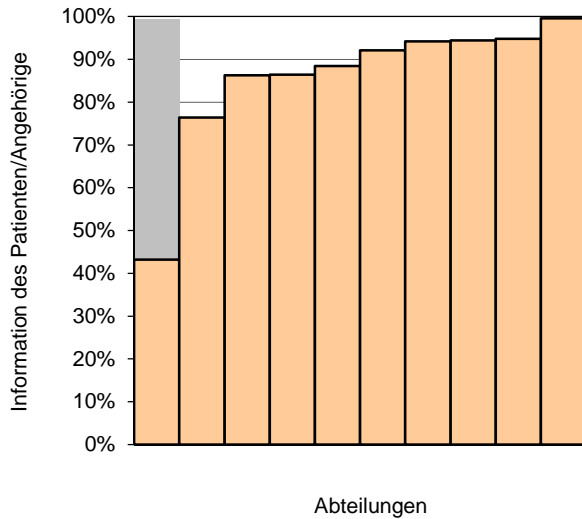
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			2.041 / 2.299	88,8% 87,4% - 90,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2016/apo_hh/83254]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

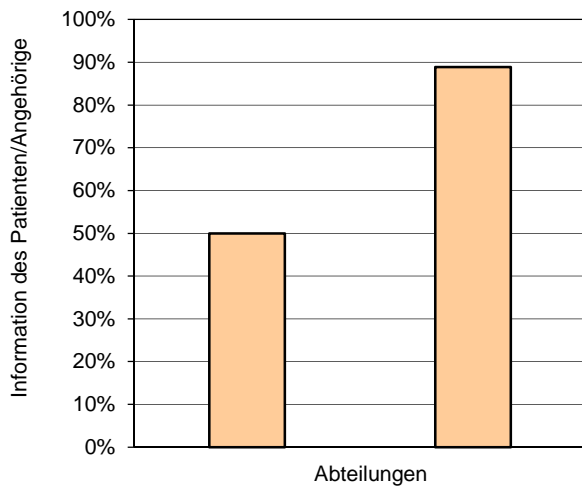
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	43,2	43,2	59,8	86,3	90,3	94,4	97,2	99,6	99,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	69,4	88,9	88,9	88,9	88,9

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 80,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			651 / 699	93,1%
Vertrauensbereich				91,0% - 94,9%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

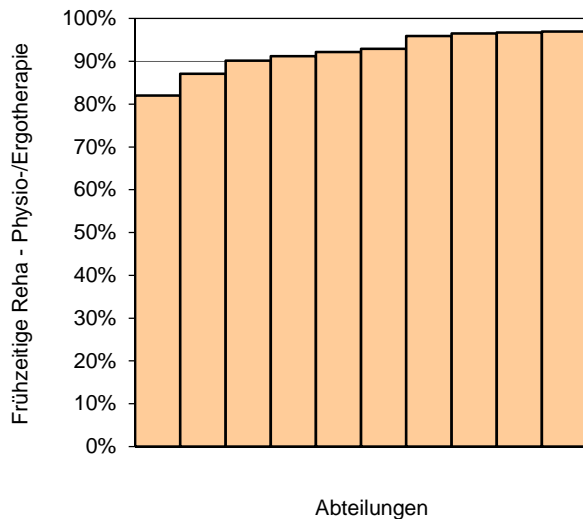
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			718 / 758	94,7%
Vertrauensbereich				92,9% - 96,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2016/apo_hh/83284]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

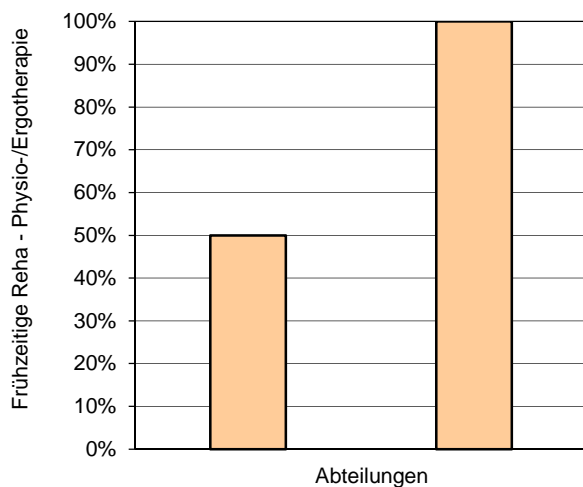
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,1	82,1	84,6	90,1	92,6	96,6	96,9	97,0	97,0

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
	50,0	50,0	50,0	50,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			737 / 796	92,6%
Vertrauensbereich				90,5% - 94,3%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

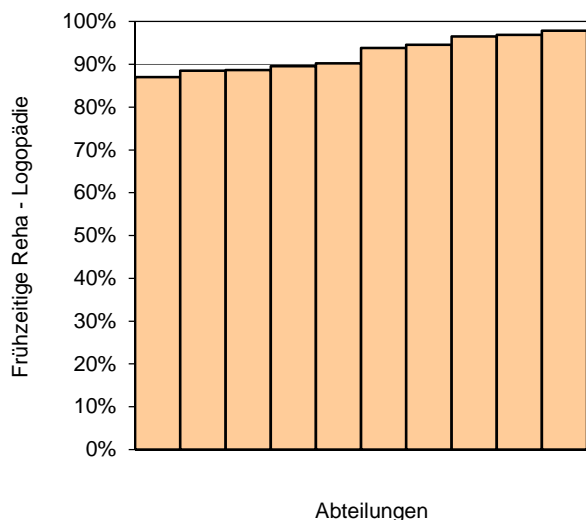
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			818 / 897	91,2%
Vertrauensbereich				89,1% - 93,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2016/apo_hh/83285]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

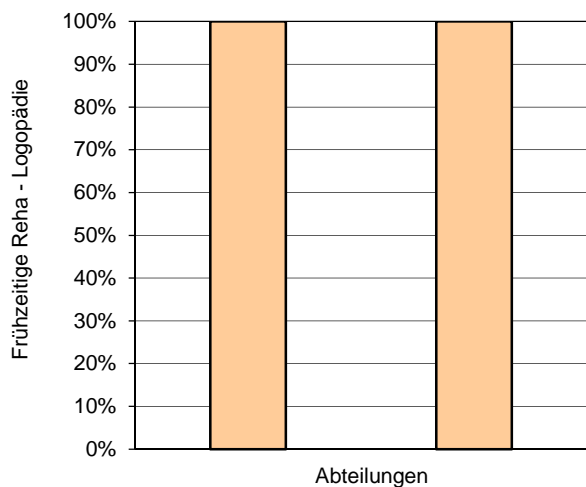
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,0	87,0	87,8	88,7	92,0	96,5	97,4	97,9	97,9

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.172 / 1.212	96,7%
Vertrauensbereich				95,5% - 97,6%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

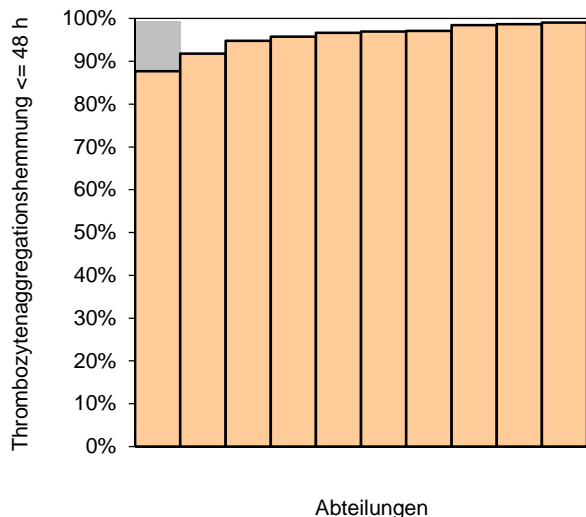
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.189 / 1.226	97,0%
Vertrauensbereich				95,9% - 97,9%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

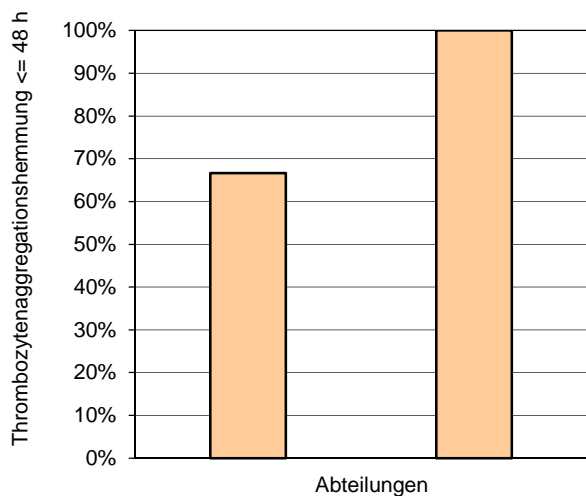
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,7	87,7	89,8	94,8	96,8	98,5	98,9	99,0	99,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe


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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83287

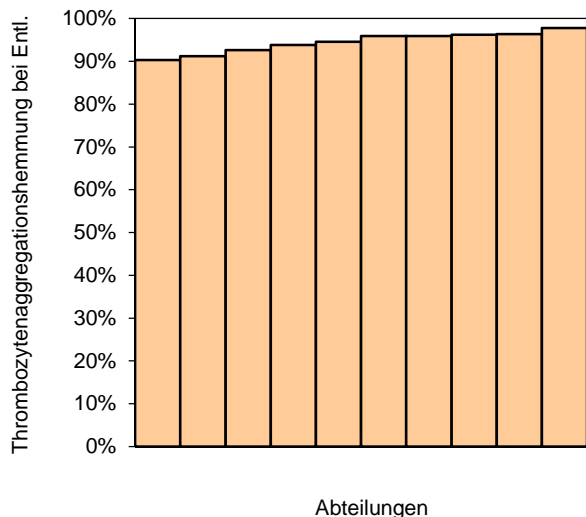
Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.509 / 1.586	95,1%
Vertrauensbereich				94,0% - 96,2%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.580 / 1.663	95,0%
Vertrauensbereich				93,8% - 96,0%

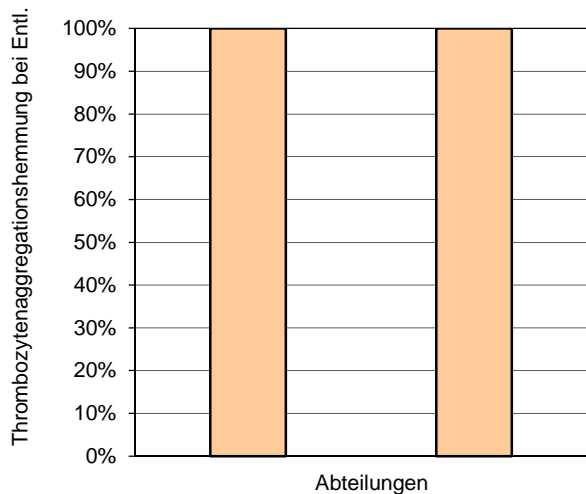
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2016/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Antikoagulation und Patienten < 18 Jahre)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,3	90,3	90,7	92,7	95,3	96,3	97,1	97,8	97,8

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



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

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


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


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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 70,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			276 / 324	85,2%
Vertrauensbereich				80,8% - 88,9%
Referenzbereich		>= 70,0%		>= 70,0%

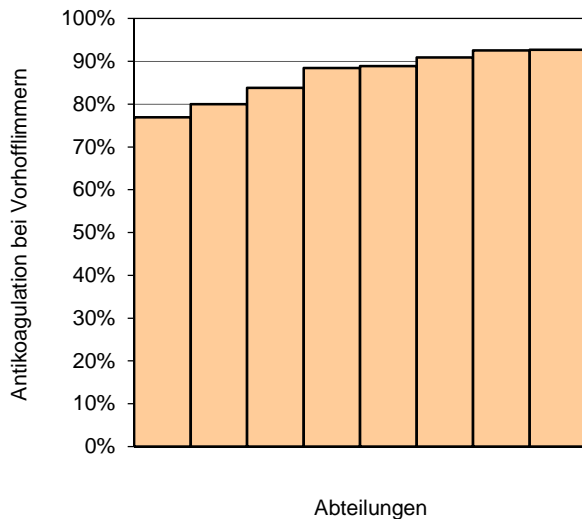
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			320 / 354	90,4%
Vertrauensbereich				86,8% - 93,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2016/apo_hh/83288]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

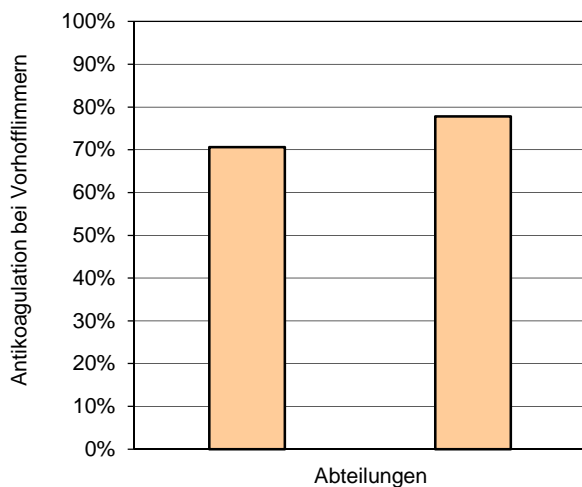
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,9	76,9	76,9	81,9	88,7	91,8	92,7	92,7	92,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,6	70,6	70,6	70,6	74,2	77,8	77,8	77,8	77,8

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Frühzeitige Mobilisierung

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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83290

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			923 / 1.014	91,0%
Vertrauensbereich				89,1% - 92,7%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

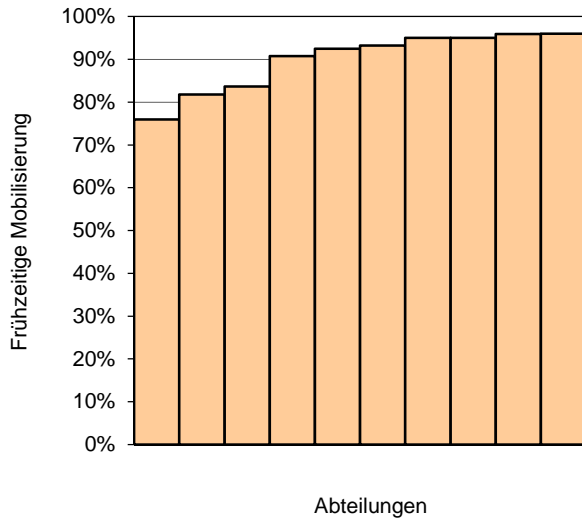
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			1.054 / 1.134	92,9%
Vertrauensbereich				91,3% - 94,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2016/apo_hh/83290]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

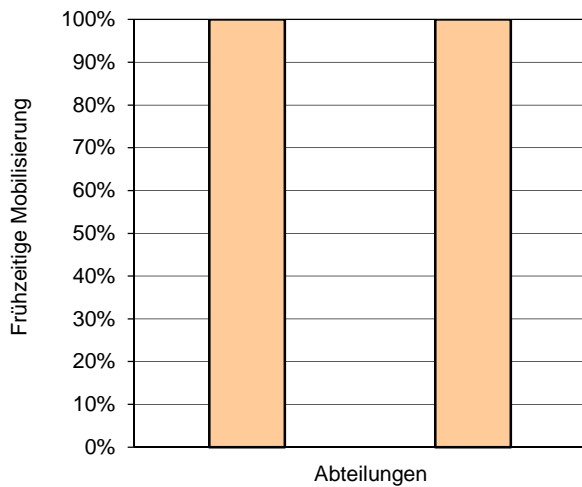
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,9	75,9	78,9	83,6	92,9	95,0	96,0	96,0	96,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83291

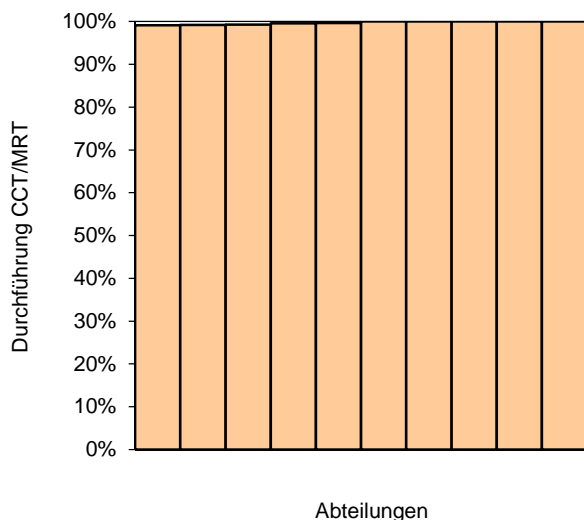
Referenzbereich: >= 95,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall Vertrauensbereich			2.230 / 2.237	99,7%
Referenzbereich		>= 95,0%		99,4% - 99,9% >= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall Vertrauensbereich			2.391 / 2.395	99,8%
				99,6% - 100,0%

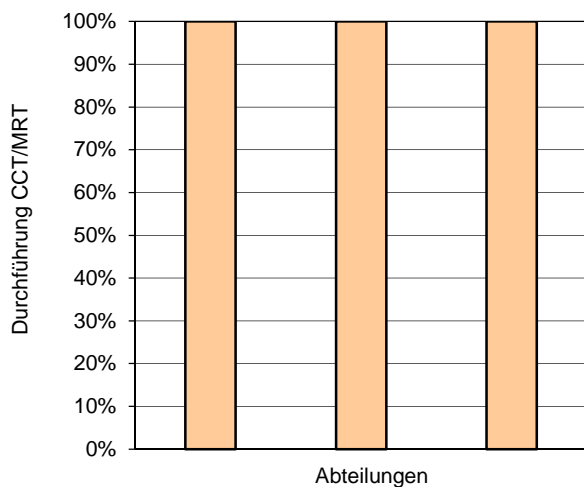
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2016/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	99,1	99,1	99,2	99,3	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83292

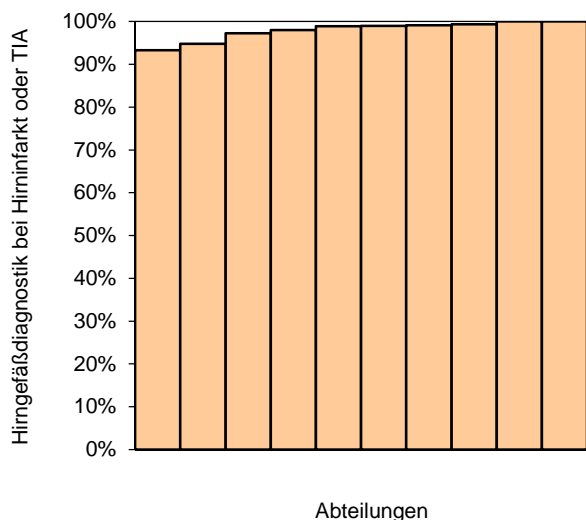
Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			2.057 / 2.091	98,4%
Vertrauensbereich				97,7% - 98,9%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			2.189 / 2.245	97,5%
Vertrauensbereich				96,8% - 98,1%

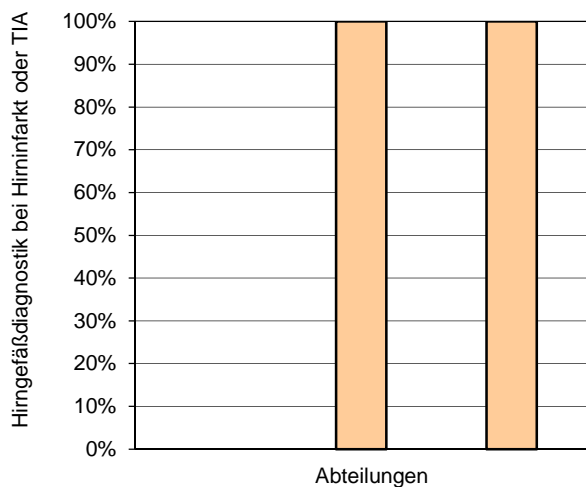
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2016/apo_hh/83292]:
Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,3	93,3	94,1	97,3	98,9	99,3	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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.




Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

Indikator-ID:
 Gruppe 1: 2016/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2016/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2016/apo_hh/83386

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

	Abteilung 2016 II. 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%

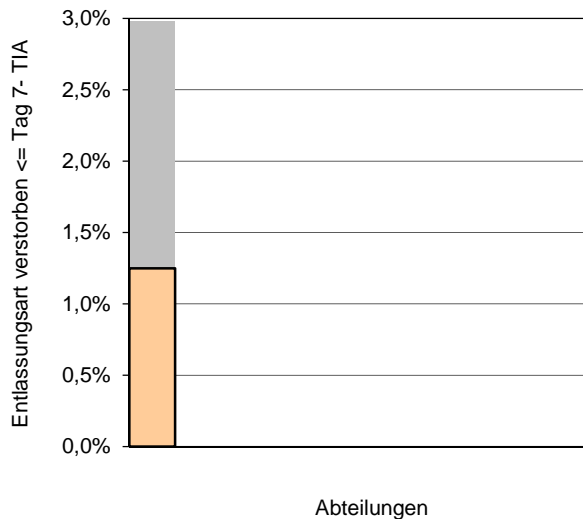
	Gesamt 2016 II. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	1 / 725 0,1%	35 / 1.366 2,6%	30 / 146 20,5%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,8%	1,8% - 3,5%	14,3% - 28,0%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. 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 2015 II. 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	3 / 770 0,4% 0,1% - 1,1%	35 / 1.475 2,4% 1,7% - 3,3%	27 / 150 18,0% 12,2% - 25,1%

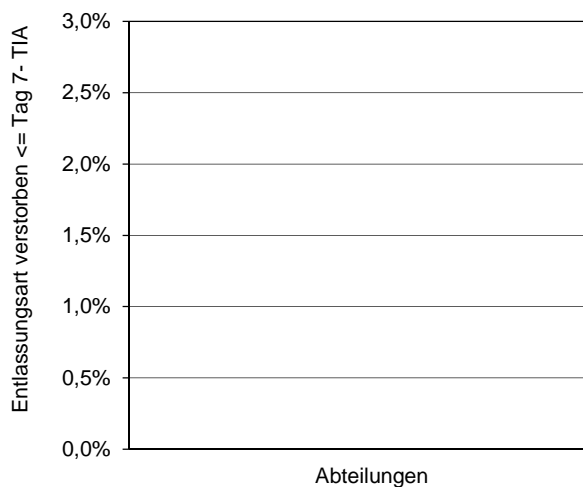
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2016/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	1,3

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

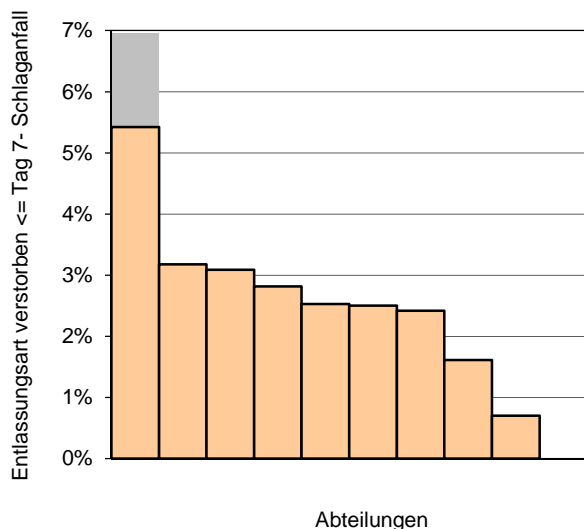


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

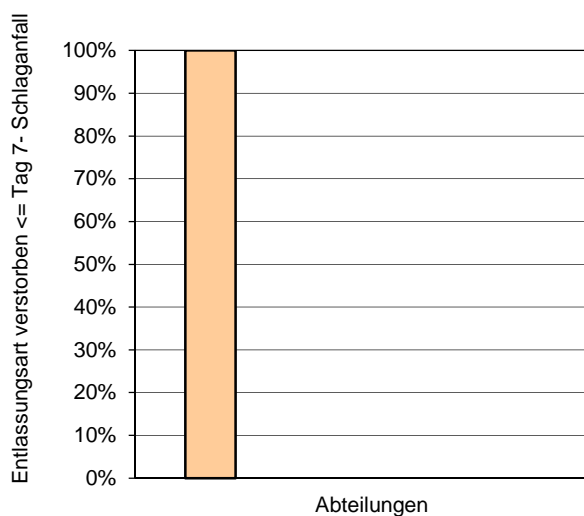
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2016/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,3	1,6	2,5	3,1	4,3	5,4	5,4

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



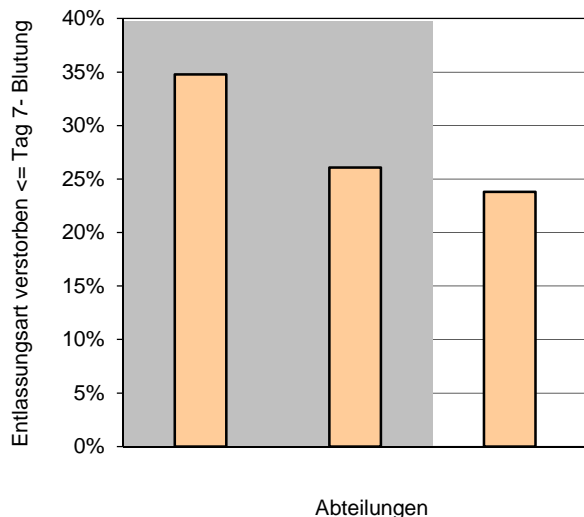
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

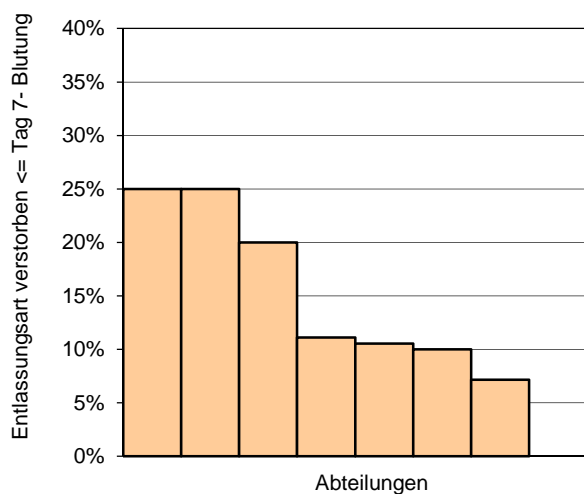
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,8	23,8	23,8	23,8	26,1	34,8	34,8	34,8	34,8

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	8,6	10,8	22,5	25,0	25,0	25,0

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


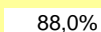
Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen


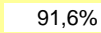
Qualitätsziel: Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.111 / 1.262	 88,0%
Vertrauensbereich				86,1% - 89,8%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

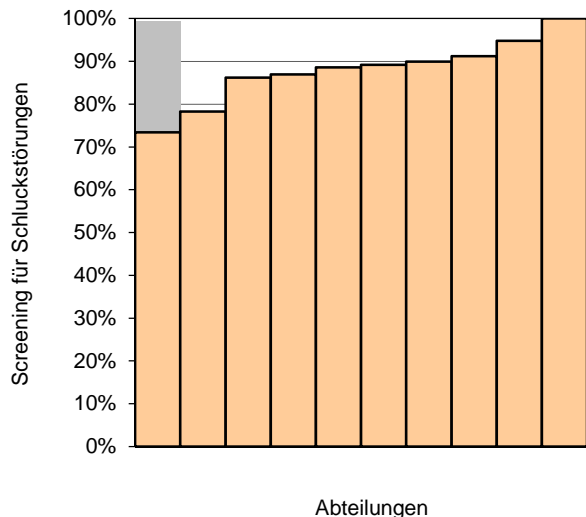
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.241 / 1.355	 91,6%
Vertrauensbereich				90,0% - 93,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Indikator-ID 2016/apo_hh/83294]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

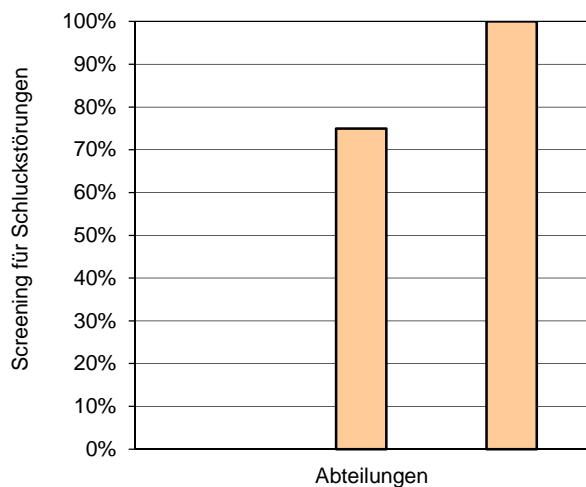
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	73,4	73,4	75,9	86,2	88,9	91,2	97,4	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83295

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

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			228 / 2.237	10,2%
> 1 - <= 2 Stunden			341 / 2.237	15,2%
> 2 - <= 3 Stunden			224 / 2.237	10,0%
> 3 - <= 3,5 Stunden			81 / 2.237	3,6%
> 3,5 - <= 4 Stunden			74 / 2.237	3,3%
> 4 - <= 6 Stunden			206 / 2.237	9,2%
> 6 - <= 24 Stunden			361 / 2.237	16,1%
> 24 - <= 48 Stunden			193 / 2.237	8,6%
> 48 Stunden			283 / 2.237	12,7%
wake up stroke			101 / 2.237	4,5%
unbekannt			145 / 2.237	6,5%
<= 3 Stunden			793 / 2.237	35,4%
Vertrauensbereich				33,5% - 37,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

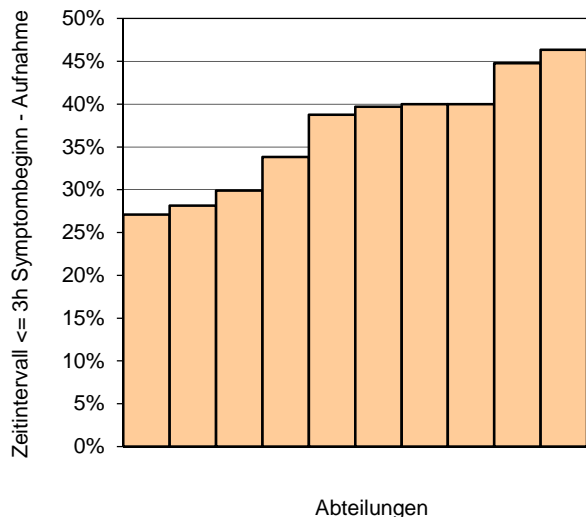
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			783 / 2.395	32,7%
Vertrauensbereich				30,8% - 34,6%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2016/apo_hh/83295]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

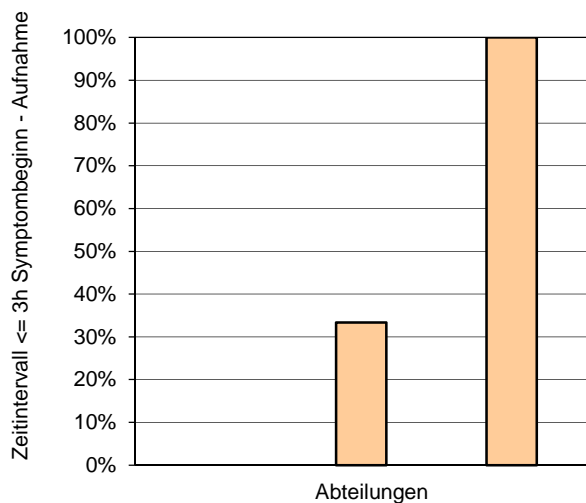
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	27,1	27,1	27,6	29,9	39,2	40,0	45,6	46,4	46,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.










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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min. 2016/apo_hh/98323 <= 60 Min. 2016/apo_hh/83303	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. 2016/apo_hh/98326 <= 60 Min. 2016/apo_hh/83307	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. 2016/apo_hh/103490 <= 60 Min. 2016/apo_hh/103491	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. 2016/apo_hh/103499	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. >= 55,0% <= 60 Min. >= 70,0%	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Abteilung 2016 II. 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 2016 II. 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 2016 II. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	383 / 485 79,0%	157 / 225 69,8%	451 / 573 78,7%	89 / 137 65,0%
Vertrauensbereich	75,1% - 82,5%	63,3% - 75,7%	75,1% - 82,0%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 55,0%	
<= 60 Minuten	457 / 485 94,2%	205 / 225 91,1%	540 / 573 94,2%	122 / 137 89,1%
Vertrauensbereich	91,8% - 96,1%	86,6% - 94,5%	92,0% - 96,0%	82,5% - 93,8%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	74 / 485 15,3%	48 / 225 21,3%	89 / 573 15,5%	33 / 137 24,1%
> 1 bis 3 Stunden	17 / 485 3,5%	14 / 225 6,2%	22 / 573 3,8%	9 / 137 6,6%
> 3 bis 6 Stunden	5 / 485 1,0%	4 / 225 1,8%	5 / 573 0,9%	4 / 137 2,9%
> 6 Stunden	6 / 485 1,2%	2 / 225 0,9%	6 / 573 1,0%	2 / 137 1,5%
1. Bildgebung vor Aufnahme	9 / 494 1,8%	7 / 232 3,0%	12 / 585 2,1%	4 / 141 2,8%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 485 0,0%	0 / 225 0,0%	0 / 573 0,0%	0 / 137 0,0%

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

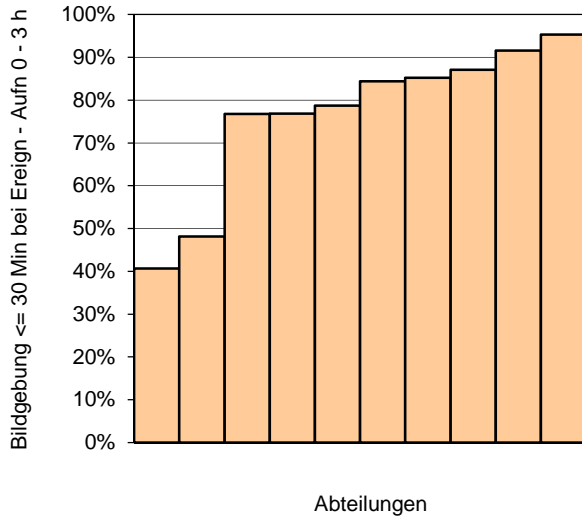
Vorjahresdaten	Gesamt 2015 II. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	343 / 455 75,4%	107 / 183 58,5%	395 / 533 74,1%	
Vertrauensbereich	71,2% - 79,3%	51,0% - 65,7%	70,2% - 77,8%	
<= 60 Minuten	416 / 455 91,4%	151 / 183 82,5%	482 / 533 90,4%	85 / 105 81,0%
Vertrauensbereich	88,5% - 93,8%	76,2% - 87,7%	87,6% - 92,8%	72,1% - 88,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Indikator-ID 2016/apo_hh/98323]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

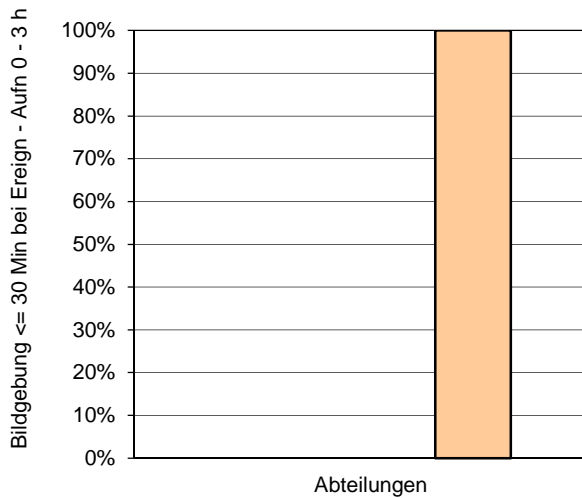
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,6	40,6	44,4	76,7	81,6	87,1	93,4	95,3	95,3

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

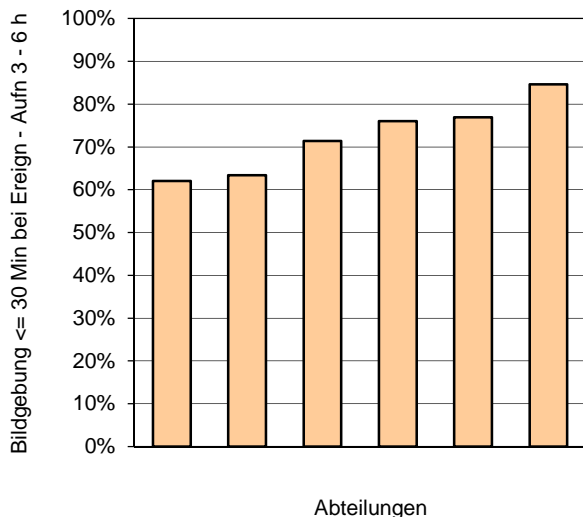
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Indikator-ID 2016/apo_hh/98326]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

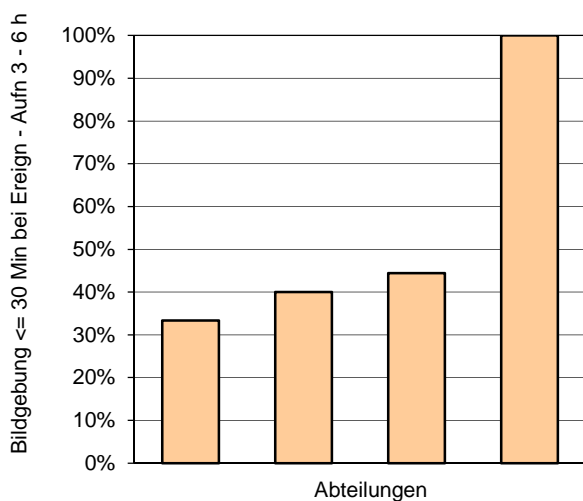
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,1	62,1	62,1	63,4	73,7	76,9	84,6	84,6	84,6

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	33,3	36,7	42,2	72,2	100,0	100,0	100,0

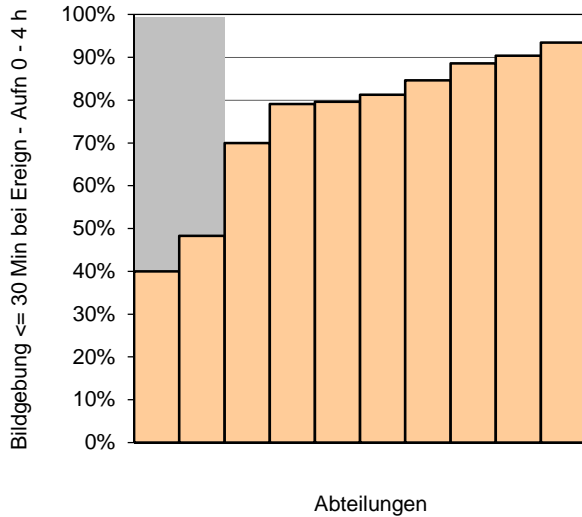
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Indikator-ID 2016/apo_hh/103490]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

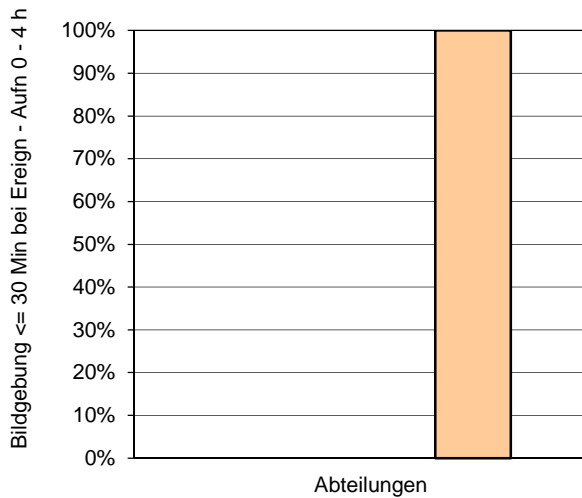
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0	40,0	44,1	70,0	80,4	88,6	91,9	93,4	93,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

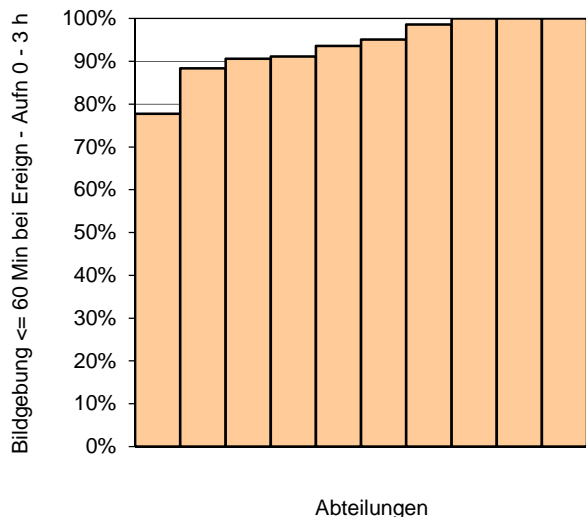
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Indikator-ID 2016/apo_hh/83303]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

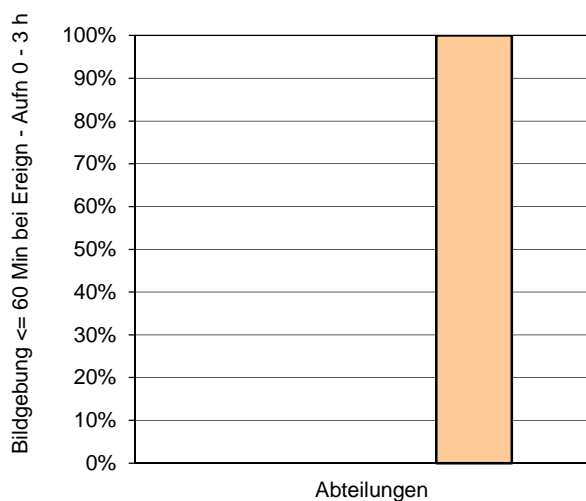
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,8	77,8	83,1	90,6	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

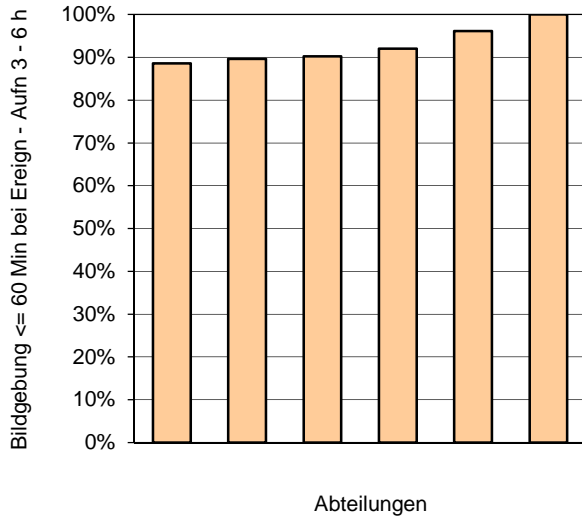
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13e, Indikator-ID 2016/apo_hh/83307]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

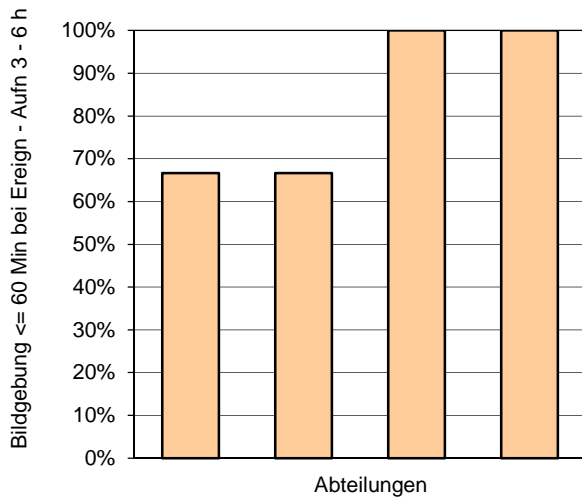
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,6	88,6	88,6	89,7	91,1	96,2	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

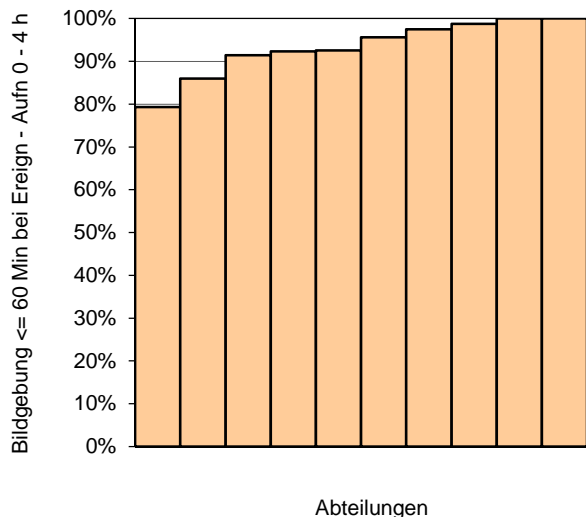


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	66,7	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

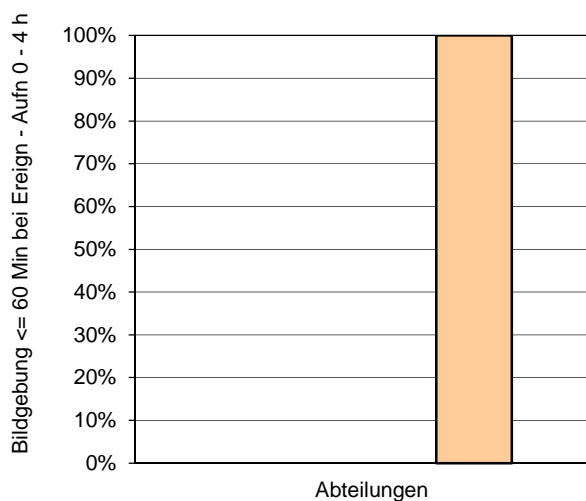
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13f, Indikator-ID 2016/apo_hh/103491]:
Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung <= 60 Minuten an allen Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA und 1. Bildgebung vor Aufnahme)

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,3	79,3	82,7	91,4	94,1	98,8	100,0	100,0	100,0

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



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

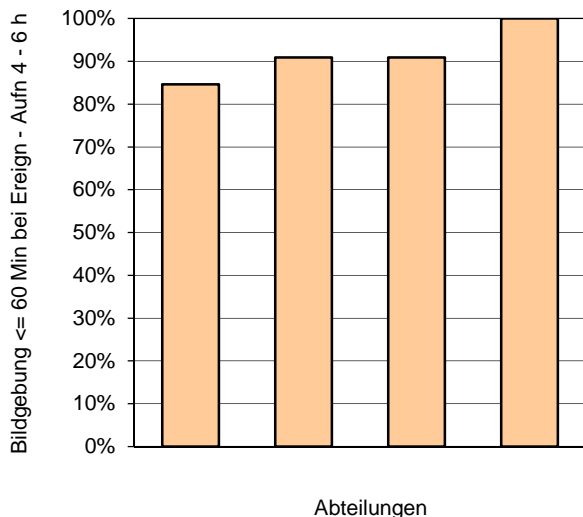
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13g, Indikator-ID 2016/apo_hh/103499]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

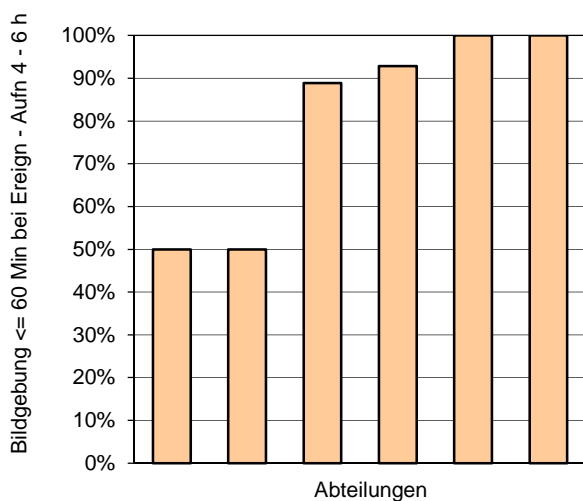
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,6	84,6	84,6	87,8	90,9	95,5	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	50,0	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 3 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 4 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2016/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2016/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2016/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2016/apo_hh/103507	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	$\geq 40,0\%$	
	Gruppe 4:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

Abteilung 2016 II. 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 2016 II. Quartal				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	175 / 235	36 / 105	196 / 276	15 / 64
Vertrauensbereich	68,4% - 79,9%	25,3% - 44,2%	65,3% - 76,3%	13,7% - 35,8%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 40,0\%$	nicht definiert

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

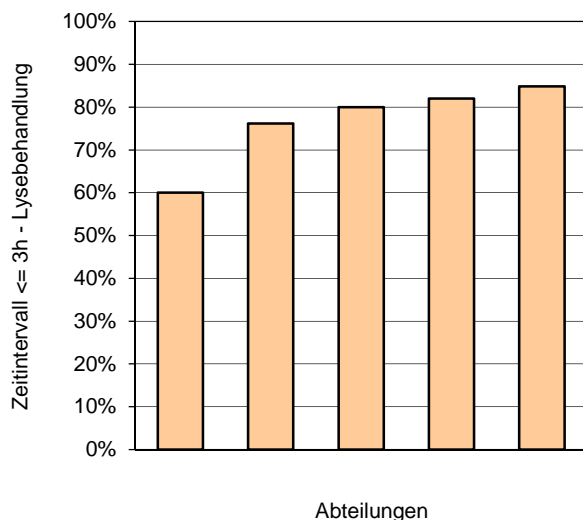
Vorjahresdaten	Gesamt 2015 II. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	151 / 227 66,5% 60,0% - 72,6%	33 / 88 37,5% 27,4% - 48,5%	174 / 266 65,4% 59,4% - 71,1%	10 / 49 20,4% 10,2% - 34,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Indikator-ID 2016/apo_hh/83311]:

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

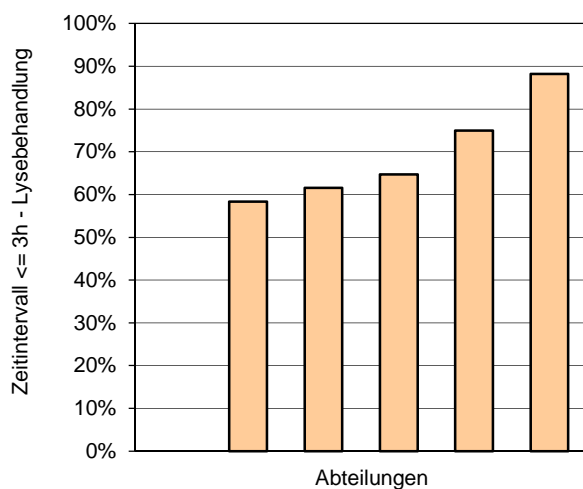
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	60,0	60,0	76,2	80,0	82,0	84,8	84,8	84,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	58,3	63,1	75,0	88,2	88,2	88,2

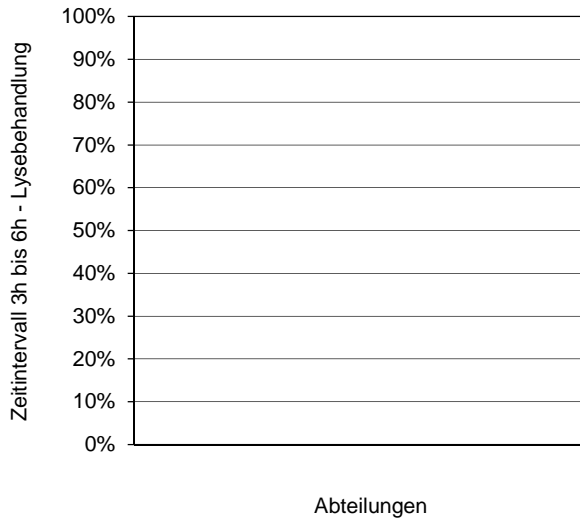
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Indikator-ID 2016/apo_hh/83312]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

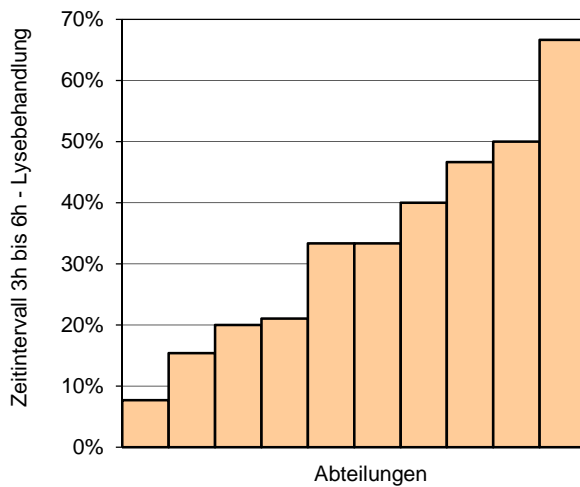
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,7	7,7	11,5	20,0	33,3	46,7	58,3	66,7	66,7

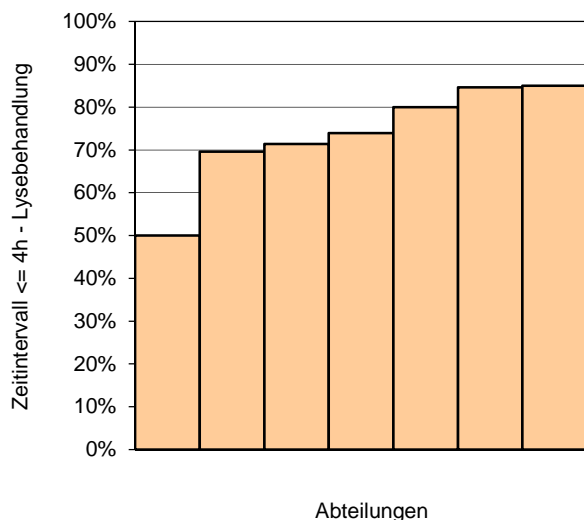
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Indikator-ID 2016/apo_hh/103506]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

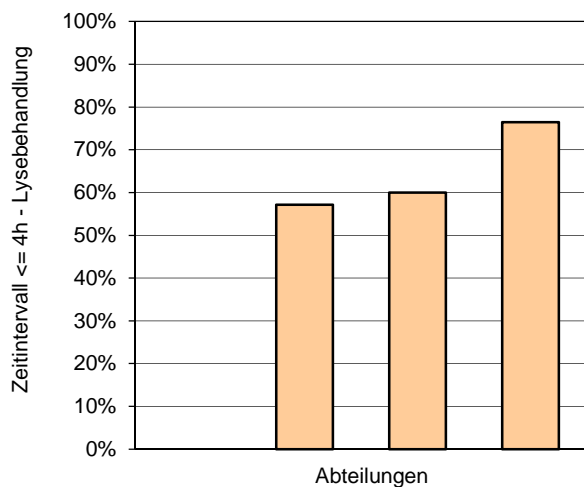
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	50,0	69,6	73,9	84,6	85,0	85,0	85,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	28,6	58,6	68,2	76,5	76,5	76,5

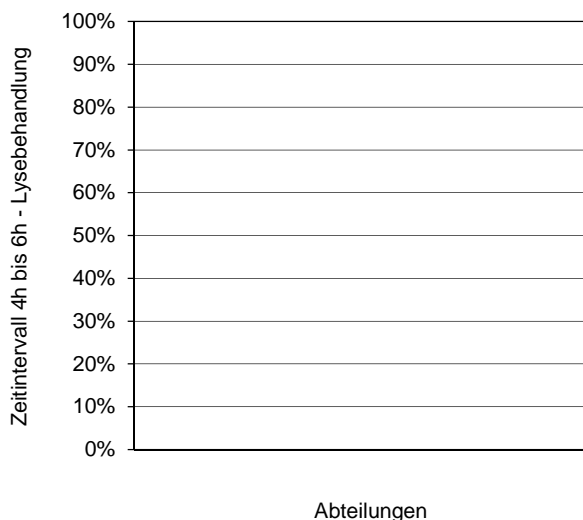
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Indikator-ID 2016/apo_hh/103507]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

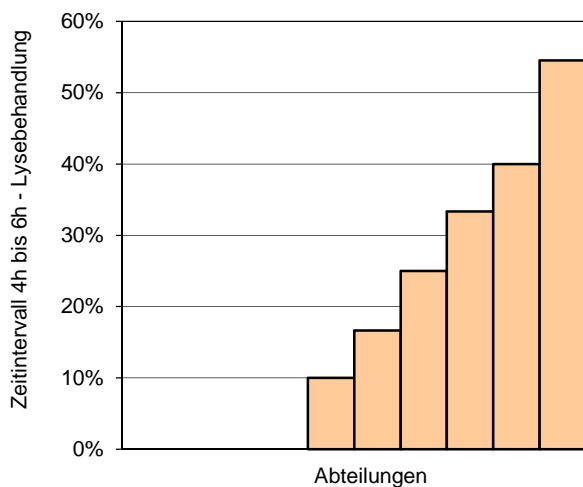
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.










Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	13,3	33,3	47,3	54,5	54,5

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. 2016/apo_hh/83314 <= 60 Min. 2016/apo_hh/83313	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. 2016/apo_hh/83321 <= 60 Min. 2016/apo_hh/83320	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. 2016/apo_hh/103508 <= 60 Min. 2016/apo_hh/103509	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. 2016/apo_hh/103518	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. >= 25,0% <= 60 Min. >= 75,0%	
	Gruppe 4:	<= 60 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

Abteilung 2016 II. 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 2016 II. 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 2016 II. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolysen				
<= 30 Minuten	126 / 204 61,8%	26 / 46 56,5%	141 / 233 60,5%	11 / 17 64,7%
Vertrauensbereich	54,7% - 68,5%	41,0% - 71,1%	53,9% - 66,8%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 25,0%	
<= 60 Minuten	192 / 204 94,1%	41 / 46 89,1%	217 / 233 93,1%	16 / 17 94,1%
Vertrauensbereich	89,9% - 96,9%	76,3% - 96,5%	89,1% - 96,0%	71,3% - 99,9%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 75,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	66 / 204 32,4%	15 / 46 32,6%	76 / 233 32,6%	5 / 17 29,4%
> 1 - 2 Stunden	10 / 204 4,9%	5 / 46 10,9%	14 / 233 6,0%	1 / 17 5,9%
> 2 - 3 Stunden	1 / 204 0,5%	0 / 46 0,0%	1 / 233 0,4%	0 / 17 0,0%
> 3 - 4 Stunden	1 / 204 0,5%	0 / 46 0,0%	1 / 233 0,4%	0 / 17 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 204 0,0%	0 / 46 0,0%	0 / 233 0,0%	0 / 17 0,0%
> 6 Stunden	0 / 204 0,0%	0 / 46 0,0%	0 / 233 0,0%	0 / 17 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 204 0,0%	0 / 46 0,0%	0 / 233 0,0%	0 / 17 0,0%

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

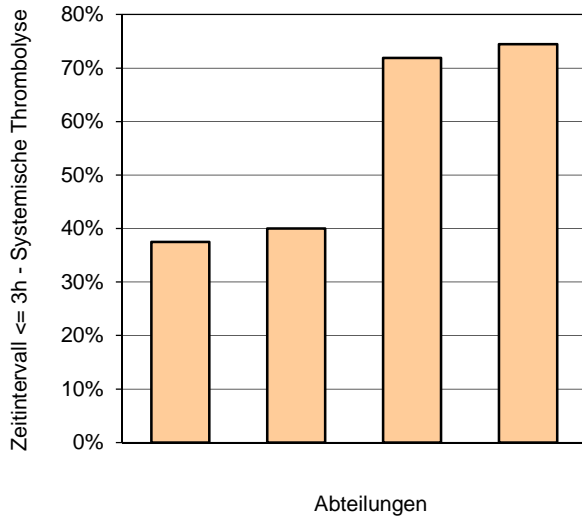
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	102 / 180 56,7%	12 / 35 34,3%	112 / 207 54,1%	
Vertrauensbereich	49,1% - 64,0%	19,0% - 52,3%	47,1% - 61,0%	
<= 60 Minuten	169 / 180 93,9%	30 / 35 85,7%	193 / 207 93,2%	6 / 8 75,0%
Vertrauensbereich	89,3% - 96,9%	69,5% - 95,3%	88,9% - 96,3%	34,9% - 96,9%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Indikator-ID 2016/apo_hh/83314]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

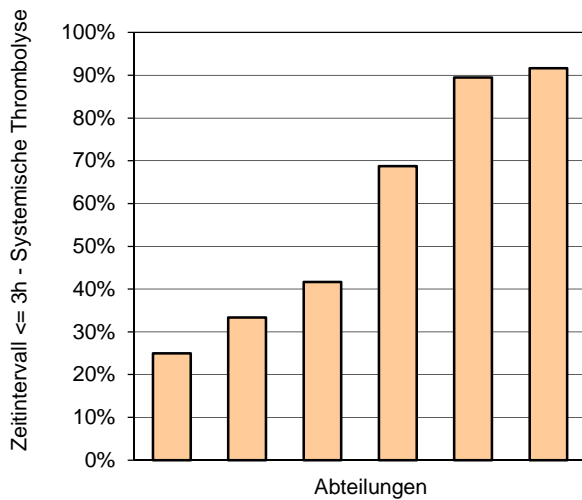
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,5	37,5	37,5	38,8	55,9	73,2	74,5	74,5	74,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0	25,0	25,0	33,3	55,2	89,5	91,7	91,7	91,7

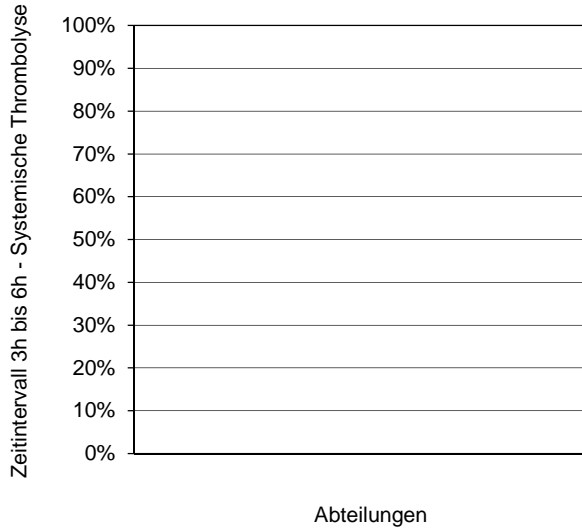
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Indikator-ID 2016/apo_hh/83321]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

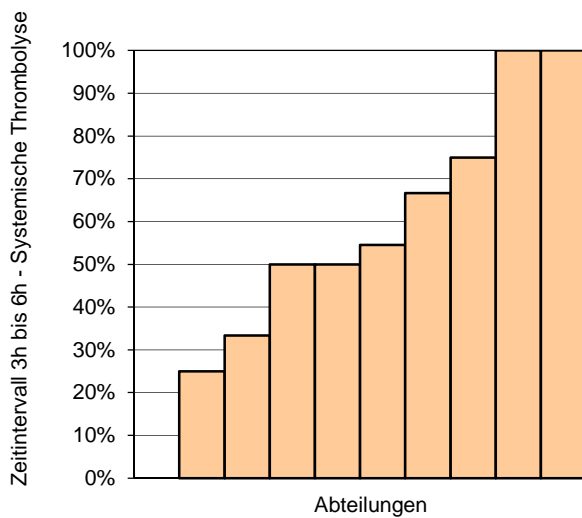
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	12,5	33,3	52,3	75,0	100,0	100,0	100,0

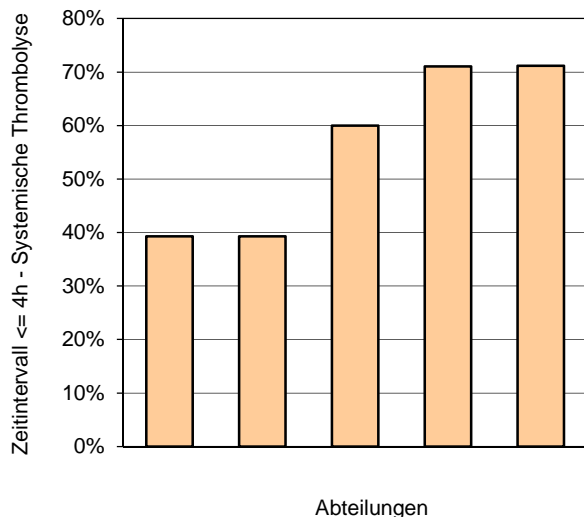
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

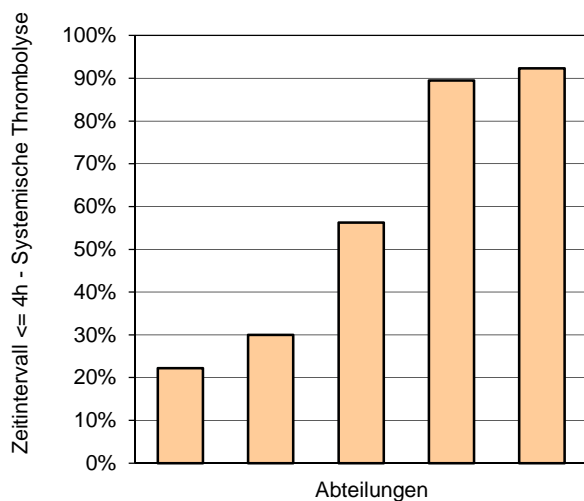
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	39,3	39,3	39,3	39,3	60,0	71,1	71,2	71,2	71,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	22,2	22,2	22,2	30,0	56,3	89,5	92,3	92,3	92,3

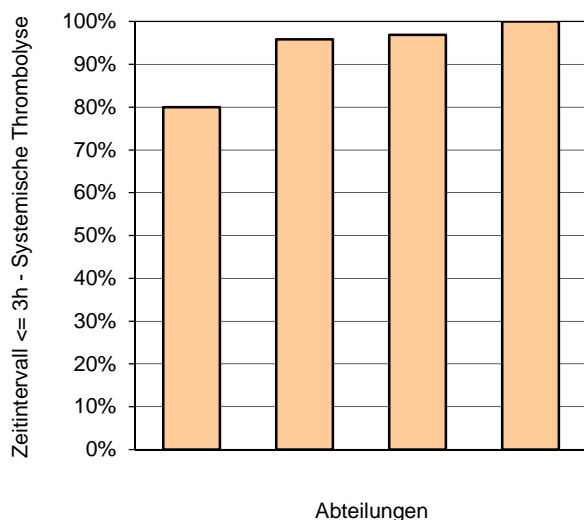
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Indikator-ID 2016/apo_hh/83313]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

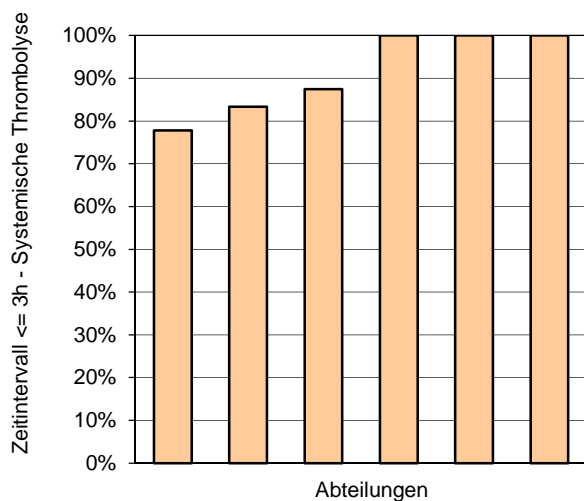
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0	80,0	80,0	87,9	96,4	98,4	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
	77,8	77,8	77,8	83,3	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0

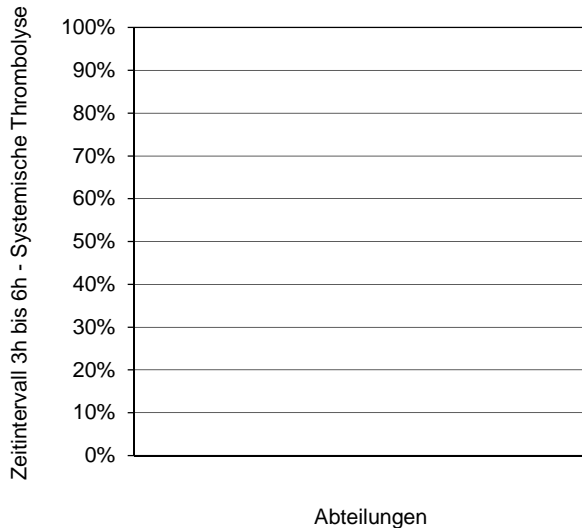
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15e, Indikator-ID 2016/apo_hh/83320]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

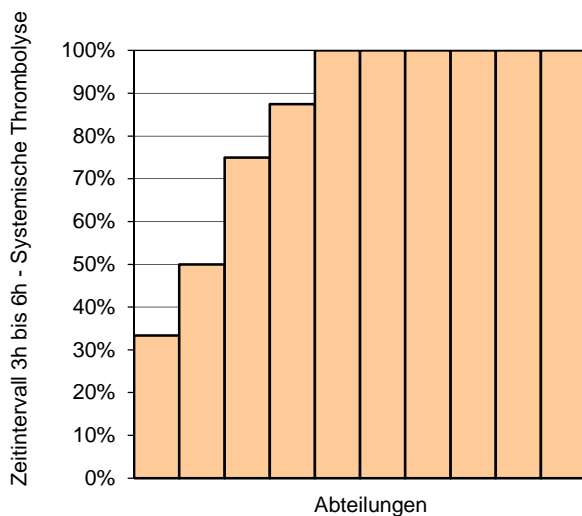
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3	33,3	41,7	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

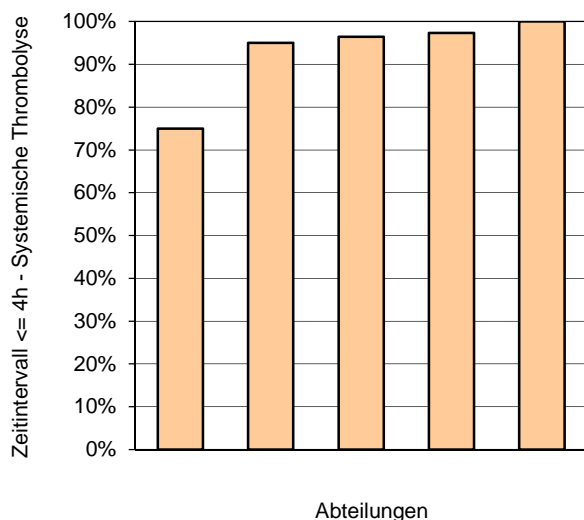
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15f, Indikator-ID 2016/apo_hh/103509]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

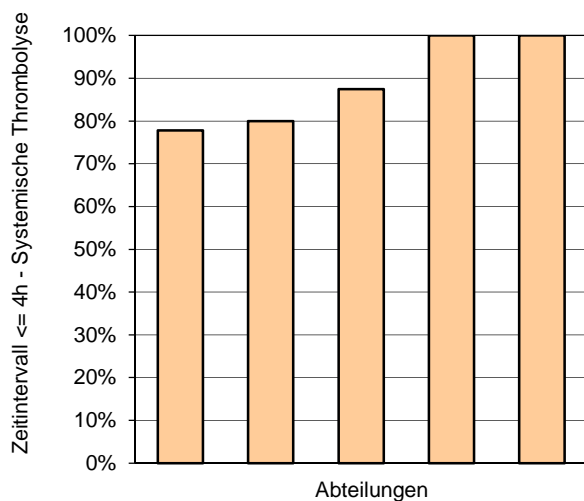
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	95,0	96,4	97,4	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
	77,8	77,8	77,8	80,0	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0

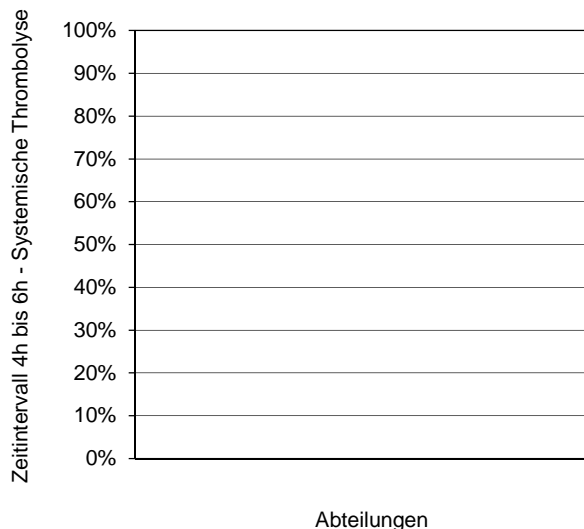
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15g, Indikator-ID 2016/apo_hh/103518]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

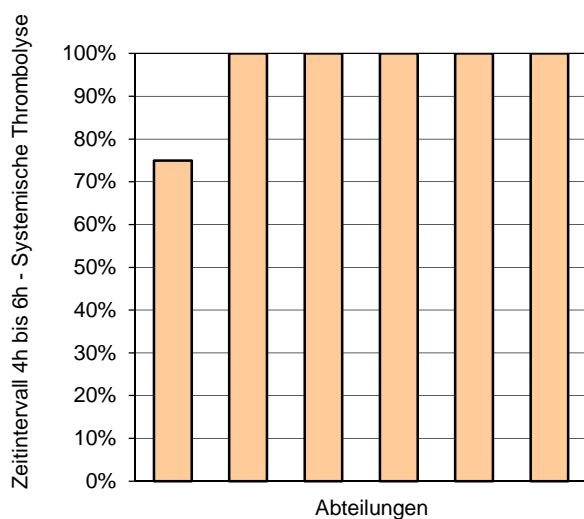
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.


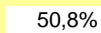



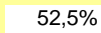
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

9 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2016/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 45,0%

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			1.137 / 2.237	 50,8%
Vertrauensbereich				48,7% - 52,9%
Referenzbereich		>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			1.258 / 2.395	 52,5%
Vertrauensbereich				50,5% - 54,5%

Abteilung 2016 II. 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 2016 II. 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	325 14,5%	234 10,5%	137 6,1%	60 2,7%	18 0,8%	12 0,5%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	31 1,4%	139 6,2%	149 6,7%	70 3,1%	30 1,3%	17 0,8%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	20 0,9%	119 5,3%	155 6,9%	45 2,0%	28 1,3%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	7 0,3%	17 0,8%	91 4,1%	93 4,2%	26 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	3 0,1%	18 0,8%	62 2,8%	63 2,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	5 0,2%	6 0,3%	18 0,8%	132 5,9%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	3 0,1%	5 0,2%	7 0,3%	82 3,7%
	Rankin bei Entlassung					

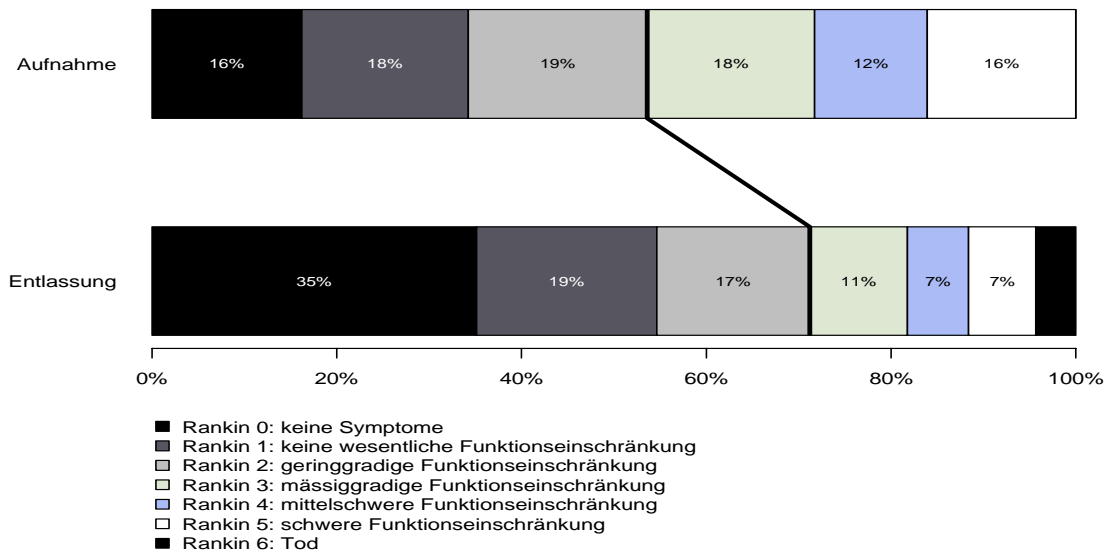
Vorjahresdaten
Abteilung 2015 II. Quartal

	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 2015 II. 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	312 13,0%	274 11,4%	138 5,8%	64 2,7%	17 0,7%	7 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	19 0,8%	142 5,9%	188 7,8%	104 4,3%	30 1,3%	13 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,2%	23 1,0%	129 5,4%	158 6,6%	51 2,1%	14 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	5 0,2%	22 0,9%	107 4,5%	98 4,1%	29 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	10 0,4%	26 1,1%	72 3,0%	73 3,0%
5 schwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	0 0,0%	4 0,2%	10 0,4%	30 1,3%	119 5,0%
6 Tod	1 0,0%	1 0,0%	1 0,0%	5 0,2%	10 0,4%	78 3,3%
	Rankin bei Entlassung					

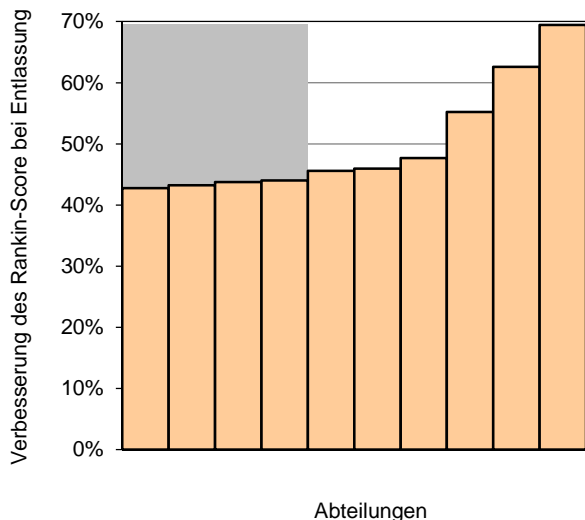
Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



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

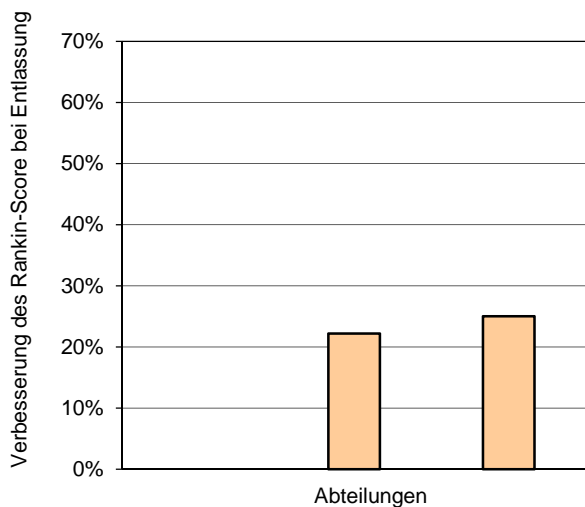
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Indikator-ID 2016/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,7	42,7	43,0	43,7	45,8	55,2	66,0	69,5	69,5

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	22,2	25,0	25,0	25,0	25,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			2.651	100,0	3.017	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.651		3.017	

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

Patienten

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			2.237		2.395	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>76,0 Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			1.172	52,4	1.178	49,2
weiblich			1.065	47,6	1.217	50,8

Aufnahme

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.733	77,5	1.878	78,4
Sonnabend oder Sonntag			504	22,5	517	21,6
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			1.021	45,6	1.155	48,2
nein			1.193	53,3	1.220	50,9
nicht bestimmbar			23	1,0	20	0,8
Sprachstörung						
ja			523	23,4	567	23,7
nein			1.668	74,6	1.774	74,1
nicht bestimmbar			46	2,1	54	2,3
Sprechstörung						
ja			703	31,4	785	32,8
nein			1.468	65,6	1.537	64,2
nicht bestimmbar			66	3,0	73	3,0
Schluckstörung						
ja			356	15,9	407	17,0
nein			1.726	77,2	1.840	76,8
nicht bestimmbar			155	6,9	148	6,2
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			2.057	92,0	2.194	91,6
somnolent-stuporös			135	6,0	156	6,5
komatös			45	2,0	45	1,9
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			228	10,2	209	8,7
> 1 - <= 2 Stunden			341	15,2	342	14,3
> 2 - <= 3 Stunden			224	10,0	232	9,7
> 3 - <= 3,5 Stunden			81	3,6	71	3,0
> 3,5 - <= 4 Stunden			74	3,3	71	3,0
> 4 - <= 6 Stunden			206	9,2	205	8,6
> 6 - <= 24 Stunden			361	16,1	438	18,3
> 24 - <= 48 Stunden			193	8,6	169	7,1
> 48 Stunden			283	12,7	298	12,4
unbekannt			145	6,5	192	8,0
wake up stroke			101	4,5	168	7,0

Diagnostik

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			2.112	94,4	2.292	95,7
Bildgebung-MRT nach Ereignis			1.494	66,8	1.443	60,3
Frische Läsion in der Bildgebung			1.274	57,0	1.331	55,6
Schlucktest nach Protokoll			1.865	83,4	2.084	87,0
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			243	10,9	279	11,6
>= 1 - 24 Stunden			611	27,3	609	25,4
> 24 Stunden			1.383	61,8	1.507	62,9
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			2.130	95,2	2.270	94,8
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			2.122	94,9	2.233	93,2
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			491	21,9	516	21,5
früherer Schlaganfall			615	27,5	694	29,0
Vorhofflimmern			552	24,7	626	26,1
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.961		2.095	
Pneumonie			108		142	
erhöhter Hirndruck			64		45	
andere Komplikationen			178		172	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2016¹

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.366	61,1	1.475	61,6
TIA			725	32,4	770	32,2
ICB			146	6,5	150	6,3
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			357	16,0	414	17,3
gelegentlicher Verlust			284	12,7	278	11,6
kontinent			1.596	71,3	1.703	71,1
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			416	18,6	456	19,0
grosse Unterstützung			259	11,6	260	10,9
geringe Unterstützung			342	15,3	421	17,6
vollständig selbstständig			1.220	54,5	1.258	52,5
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			493	22,0	531	22,2
grosse Unterstützung			269	12,0	305	12,7
geringe Unterstützung			365	16,3	422	17,6
vollständig selbstständig			1.110	49,6	1.137	47,5
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			244	10,9	291	12,2
gelegentlicher Verlust			244	10,9	232	9,7
kontinent			1.652	73,8	1.776	74,2
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			178	8,0	235	9,8
grosse Unterstützung			163	7,3	180	7,5
geringe Unterstützung			281	12,6	272	11,4
vollständig selbstständig			1.518	67,9	1.612	67,3
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			218	9,7	293	12,2
grosse Unterstützung			173	7,7	198	8,3
geringe Unterstützung			331	14,8	304	12,7
vollständig selbstständig			1.418	63,4	1.504	62,8

Rankin Skala

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			363	16,2	342	14,3
Rankin 1			403	18,0	446	18,6
Rankin 2			433	19,4	492	20,5
Rankin 3			405	18,1	474	19,8
Rankin 4			273	12,2	308	12,9
Rankin 5			360	16,1	333	13,9
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			786	35,1	812	33,9
Rankin 1			436	19,5	496	20,7
Rankin 2			371	16,6	380	15,9
Rankin 3			236	10,5	263	11,0
Rankin 4			148	6,6	183	7,6
Rankin 5			163	7,3	165	6,9
Tod			97	4,3	96	4,0

Rehabilitation

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.644	73,5	1.774	74,1
> Tag 2 nach Aufnahme			30	1,3	40	1,7
keine			563	25,2	581	24,3
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			2.079	92,9	2.273	94,9
> Tag 2 nach Aufnahme			39	1,7	35	1,5
keine			119	5,3	87	3,6
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.849	82,7	2.003	83,6
> Tag 2 nach Aufnahme			31	1,4	30	1,3
keine			357	16,0	362	15,1

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			515	23,0	591	24,7
Beatmung			93	4,2	104	4,3
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.754	78,4	1.882	78,6
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.659	74,2	1.738	72,6
Thromboseprophylaxe			2.003	89,5	2.189	91,4

Entlassung

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			2.209	98,7	2.372	99,0
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.930	86,3	2.115	88,3
Entlassungsart						
verstorben			97	4,3	96	4,0
nach Hause			1.354	60,5	1.433	59,8
Pflegeeinrichtung/Heim			191	8,5	187	7,8
andere Abteilung			89	4,0	94	3,9
externe (Akut)Klinik			41	1,8	69	2,9
Reha-Klinik			465	20,8	516	21,5
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			2.237	100,0	2.395	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	8,5	<i>Tage</i>	8,8	<i>Tage</i>
Median		<i>Tage</i>	6,0	<i>Tage</i>	7,0	<i>Tage</i>

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			278	12,4	257	10,7
Lyse i.a.			51	2,3	40	1,7
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			168	7,5	140	5,8
> 30 - <= 60 Minuten			98	4,4	101	4,2
> 1 - <= 2 Stunden			16	0,7	24	1,0
> 2 - <=3 Stunden			4	0,2	2	0,1
> 3 - <=4 Stunden			3	0,1	0	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	1	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.948	87,1	2.127	88,8
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			1.176	52,6	1.110	46,3
> 30 - <= 60 Minuten			460	20,6	550	23,0
> 1 - <= 3 Stunden			331	14,8	430	18,0
> 3 - <= 6 Stunden			102	4,6	123	5,1
> 6 Stunden			74	3,3	60	2,5
1. Bildgebung vor Aufnahme			87	3,9	118	4,9
keine Bildgebung erfolgt			7	0,3	4	0,2
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			1.232	55,1	1.260	52,6
3 - 8 (mittel)			616	27,5	728	30,4
9 - 20 (schwerwiegend)			290	13,0	311	13,0
> 20 (sehr schwerwiegend)			85	3,8	77	3,2
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2016 II. Quartal		Gesamt 2016 II. Quartal		Gesamt 2015 II. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			1.569	70,1	1.808	75,5
Hypercholesterinämie			1.064	47,6	1.261	52,7
keine Angabe			268	12,0	203	8,5
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.368	61,2	1.682	70,2
Antihypertensiva			1.427	63,8	1.762	73,6
Antidiabetika			344	15,4	422	17,6
keine Angabe			450	20,1	241	10,1
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.489	66,6	1.759	73,4
Pflege zu Hause			168	7,5	230	9,6
Pflege in Institution			192	8,6	232	9,7
keine Angabe			388	17,3	174	7,3

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2016.

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

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2016 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2015 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle 'Vorjahresdaten' und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle 'Vorjahresdaten' und der Auswertung 2015 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2016 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

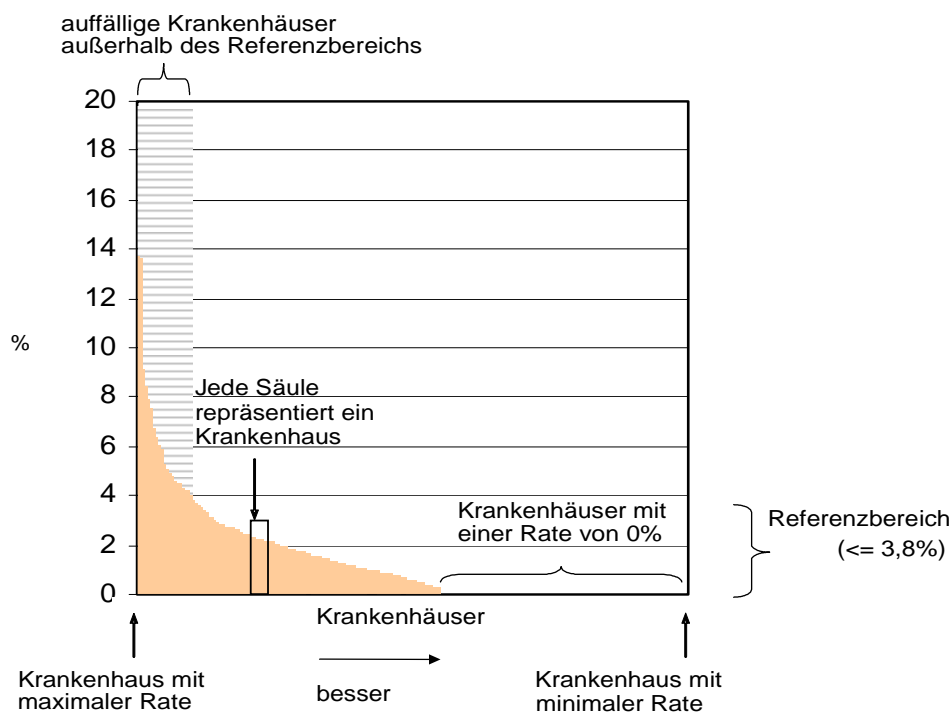
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

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

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