

Auswertung 3. Quartal 2016 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 14
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.441
Datensatzversion: apo_hh 2016 2.0
Datenbankstand: 01. November 2016
2016 - D16538-L103287-P49971

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 375
D-20537 Hamburg

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

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2016 im III. 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 III. 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)			88,6%	>= 60,0%	8
2016/apo_hh/83284 QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			91,2%	>= 80,0%	10
2016/apo_hh/83285 QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			86,9%	>= 75,0%	12
2016/apo_hh/83286 QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			95,9%	>= 90,0%	14
2016/apo_hh/83287 QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,5%	>= 90,0%	16
2016/apo_hh/83288 QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			86,6%	>= 70,0%	18
2016/apo_hh/83290 QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			88,3%	>= 75,0%	20

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2016/apo_hh/83291 QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,8%	>= 95,0%	22
2016/apo_hh/83292 QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			97,8%	>= 90,0%	24
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
2016/apo_hh/83293 bei Patienten mit TIA			0,2%	<= 0,5%	26
2016/apo_hh/83385 bei Patienten mit Schlaganfall			3,3%	<= 4,0%	26
2016/apo_hh/83386 bei Patienten mit Blutung			17,6%	<= 25,0%	26
2016/apo_hh/83294 QI 11: Screening für Schluckstörungen			82,1%	>= 75,0%	31
2016/apo_hh/83295 QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			34,3%	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			79,8%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/98326 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			73,8%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/103490 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			80,1%	>= 55,0%	35
2016/apo_hh/83303 0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			91,4%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/83307 > 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			94,7%	nicht definiert	35
2016/apo_hh/103491 0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			92,1%	>= 70,0%	35
2016/apo_hh/103499 > 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			93,9%	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					
			68,4%	nicht definiert	46
2016/apo_hh/83312					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			35,0%	nicht definiert	46
2016/apo_hh/103506					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			66,1%	>= 40,0%	46
2016/apo_hh/103507					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25					
			13,2%	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			58,5%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83321 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			48,6%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/103508 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			57,6%	>= 25,0%	52
2016/apo_hh/83313 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			96,3%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83320 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			85,7%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/103509 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			94,5%	>= 75,0%	52
2016/apo_hh/103518 Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			100,0%	nicht definiert	52
2016/apo_hh/83372 QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			48,8%	>= 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 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.751 / 1.976	88,6% 87,1% - 90,0% >= 60,0%

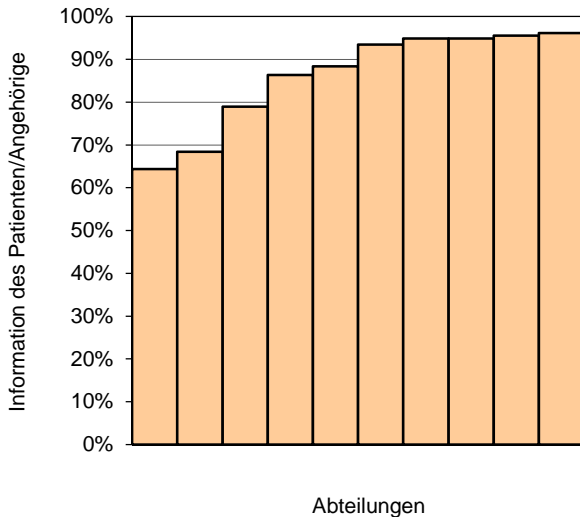
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			2.014 / 2.207	91,3% 90,0% - 92,4%

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:

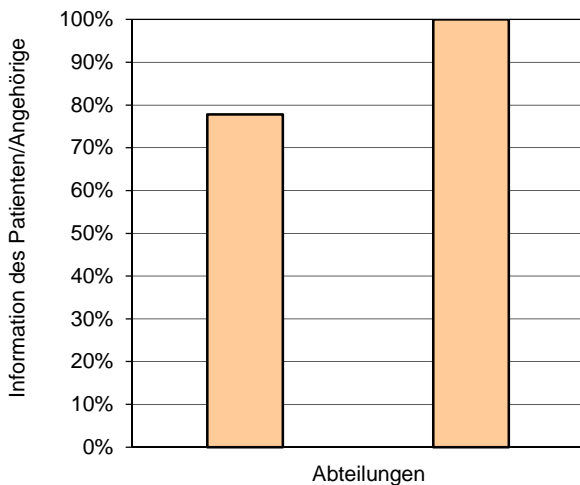
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	64,3	64,3	66,4	78,9	90,9	94,9	95,8	96,1	96,1

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
	77,8	77,8	77,8	77,8	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0

2 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 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			608 / 667	91,2%
Vertrauensbereich				88,7% - 93,2%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

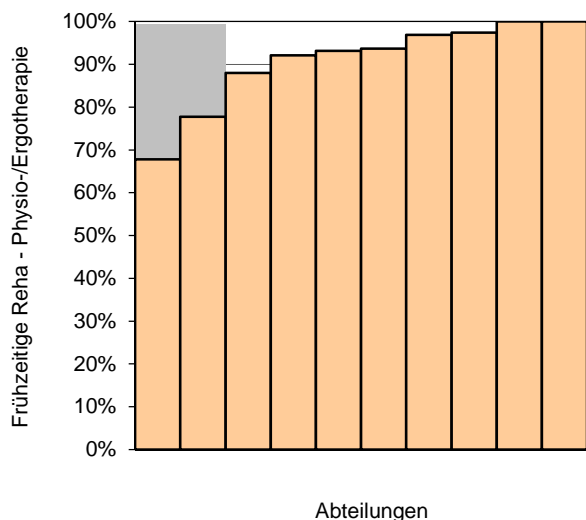
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			687 / 743	92,5%
Vertrauensbereich				90,3% - 94,3%

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:

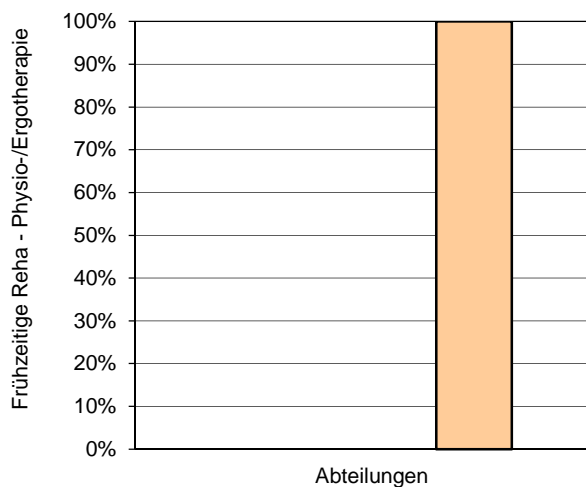
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	67,8	67,8	72,8	88,0	93,4	97,4	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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			679 / 781	86,9%
Vertrauensbereich				84,4% - 89,2%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

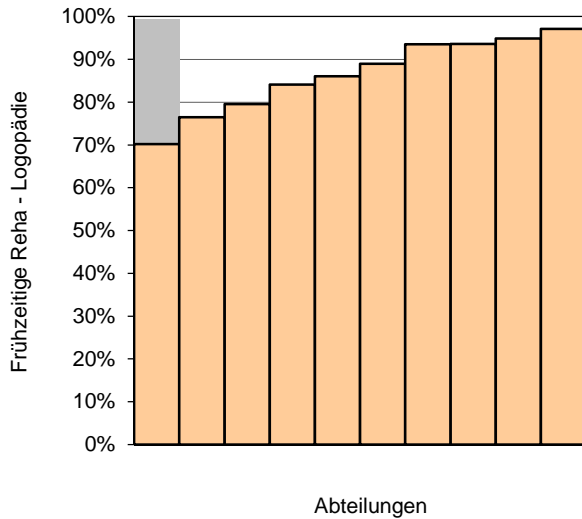
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			782 / 873	89,6%
Vertrauensbereich				87,4% - 91,5%

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:

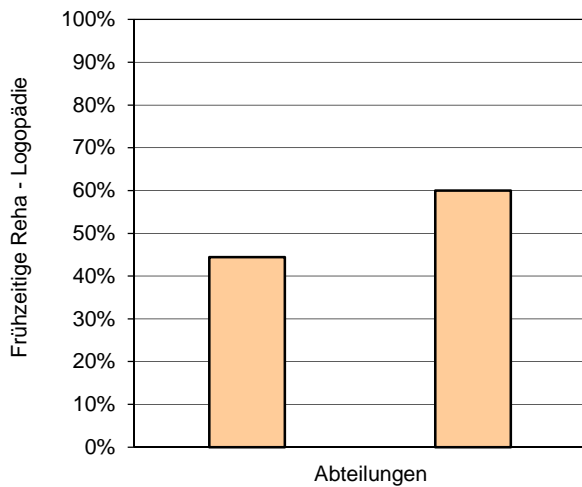
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,2	70,2	73,3	79,5	87,5	93,6	96,0	97,1	97,1

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
	44,4	44,4	44,4	44,4	52,2	60,0	60,0	60,0	60,0

2 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 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis Vertrauensbereich Referenzbereich			1.051 / 1.096	95,9% 94,5% - 97,0% >= 90,0%

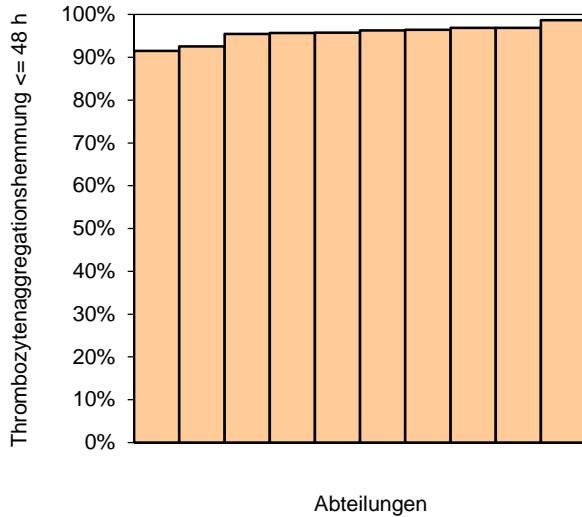
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis Vertrauensbereich			1.099 / 1.137	96,7% 95,4% - 97,6%

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:

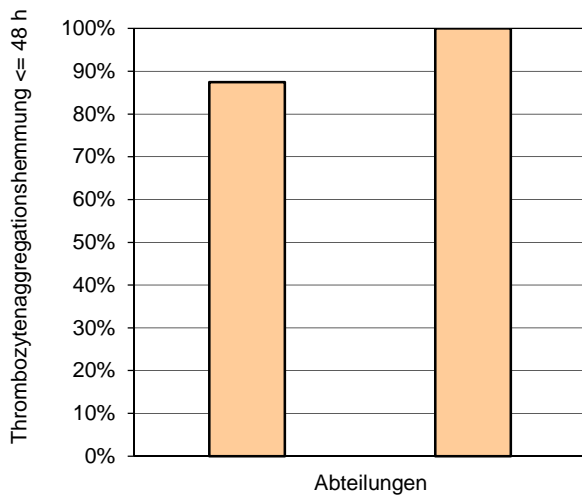
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,5	91,5	92,0	95,5	96,0	96,9	97,8	98,7	98,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,5	87,5	87,5	87,5	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe


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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83287

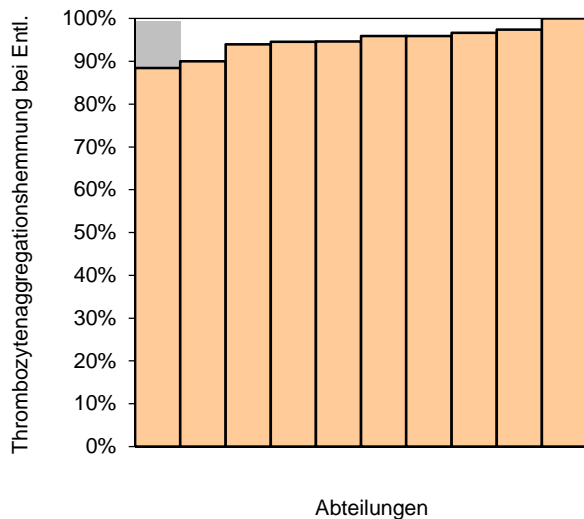
Referenzbereich: >= 90,0%

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.367 / 1.447	94,5%
Vertrauensbereich				93,2% - 95,6%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.487 / 1.572	94,6%
Vertrauensbereich				93,4% - 95,7%

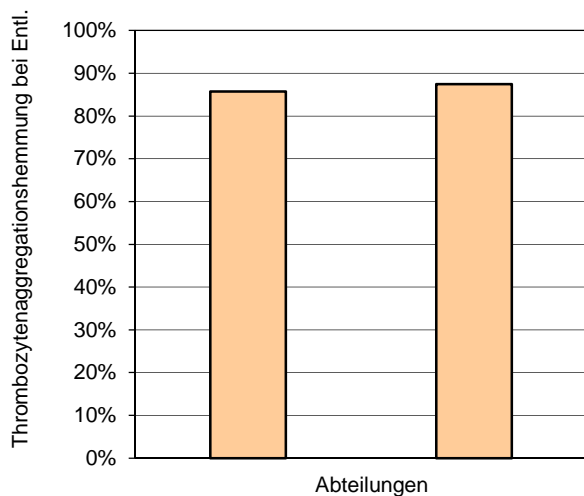
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2016/apo_hh/83287]:
Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt
(Ausschluss: Patienten mit Antikoagulation und Patienten < 18 Jahre)**

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
	88,4	88,4	89,2	94,0	95,3	96,7	98,7	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	85,7	85,7	85,7	86,6	87,5	87,5	87,5	87,5

2 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

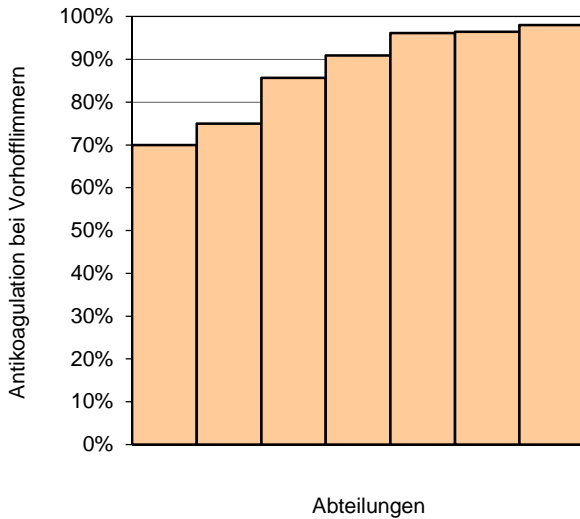
Referenzbereich: >= 70,0%

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			245 / 283	86,6%
Vertrauensbereich				82,0% - 90,3%
Referenzbereich		>= 70,0%		>= 70,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			324 / 376	86,2%
Vertrauensbereich				82,3% - 89,5%

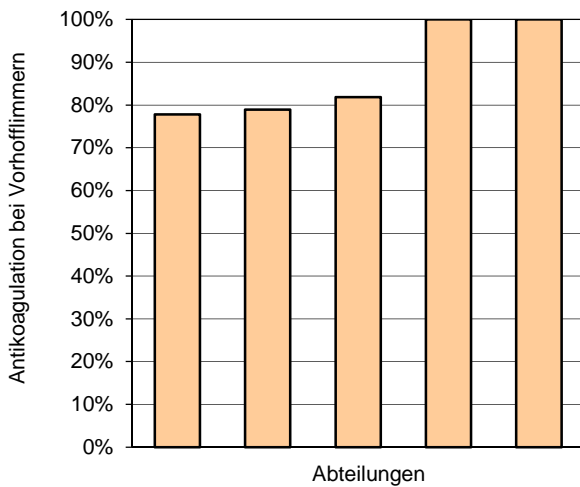
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2016/apo_hh/83288]:
Anteil von Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Entlassungsart nach Hause oder Reha-Klinik und mit wenig Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,0	70,0	70,0	75,0	90,9	96,4	98,0	98,0	98,0

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	78,9	81,8	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Frühzeitige Mobilisierung

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

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83290

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			815 / 923	88,3%
Vertrauensbereich				86,0% - 90,3%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

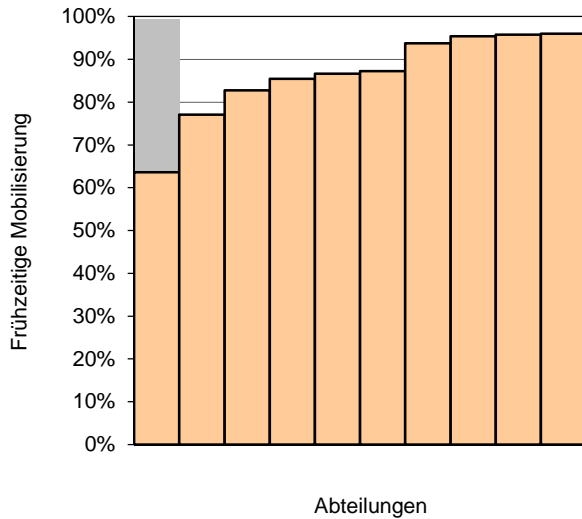
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			958 / 1.051	91,2%
Vertrauensbereich				89,3% - 92,8%

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

Anteil von Patienten mit Mobilisierung \leq 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:

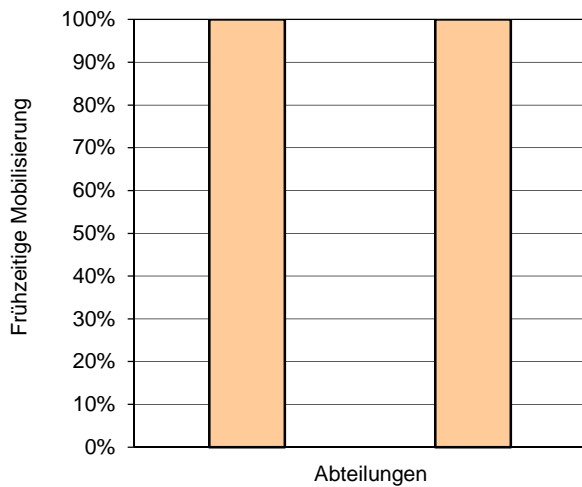
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,6	63,6	70,4	82,8	87,0	95,4	95,9	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

2 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

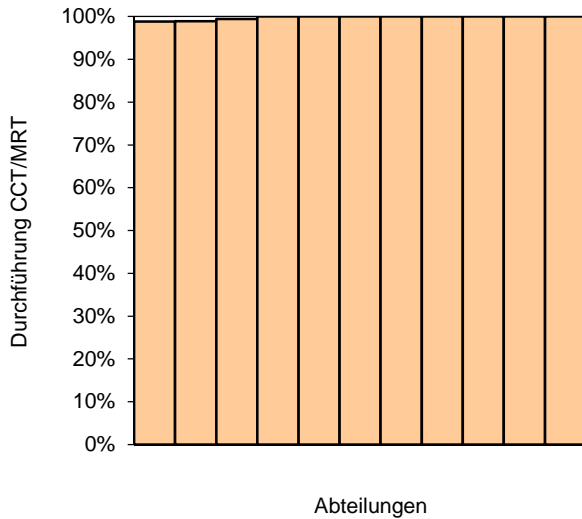
Referenzbereich: >= 95,0%

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall Vertrauensbereich			2.062 / 2.067	99,8%
Referenzbereich		>= 95,0%		99,4% - 99,9% >= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall Vertrauensbereich			2.312 / 2.312	100,0%
				99,8% - 100,0%

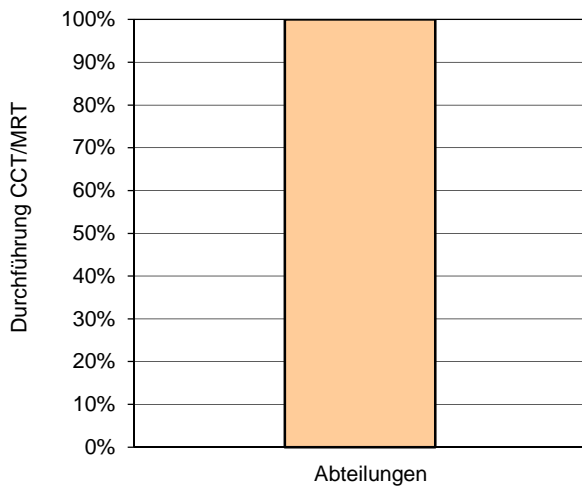
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2016/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,9	98,9	98,9	99,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

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

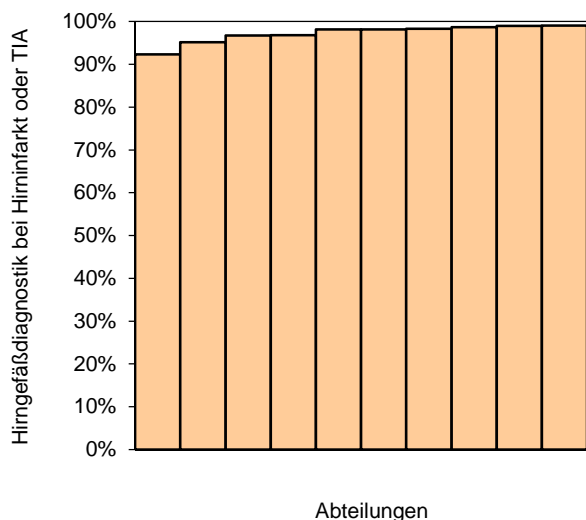
Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.899 / 1.942	97,8%
Vertrauensbereich				97,0% - 98,4%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			2.112 / 2.155	98,0%
Vertrauensbereich				97,3% - 98,6%

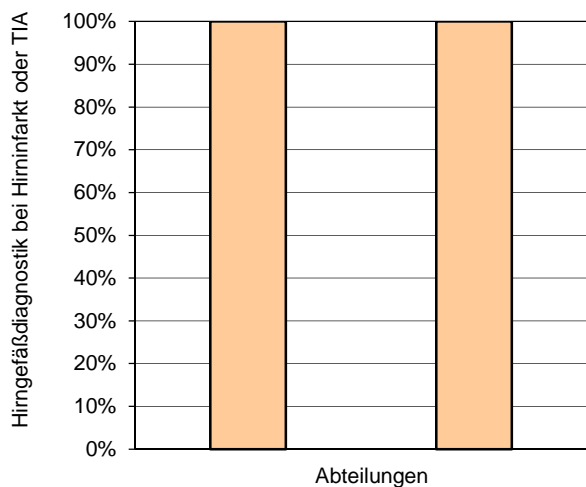
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2016/apo_hh/83292]:
Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt**

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
	92,3	92,3	93,7	96,7	98,2	98,7	99,1	99,1	99,1

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

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

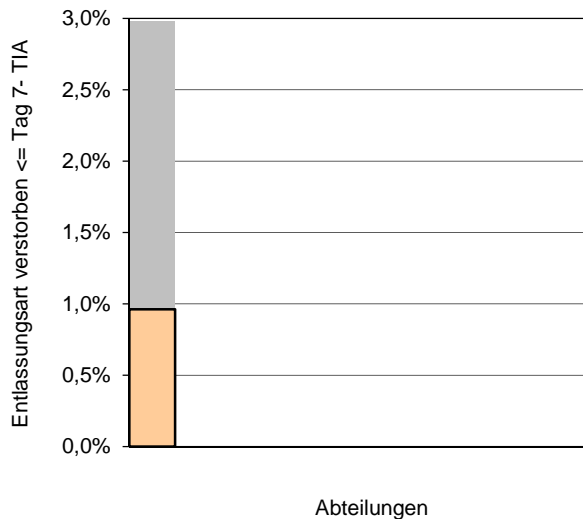
Gesamt 2016 III. Quartal			
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	1 / 592 0,2%	44 / 1.350 3,3%	22 / 125 17,6%
Vertrauensbereich	0,0% - 1,0%	2,4% - 4,4%	11,4% - 25,5%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4,0%	<= 25,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. 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 III. Quartal		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 706 0,0% 0,0% - 0,5%	47 / 1.449 3,2% 2,4% - 4,3%	24 / 157 15,3% 10,0% - 21,9%

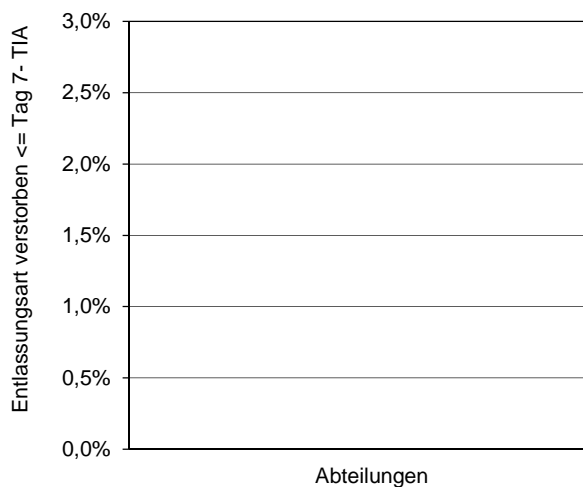
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2016/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

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	0,5	1,0	1,0

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

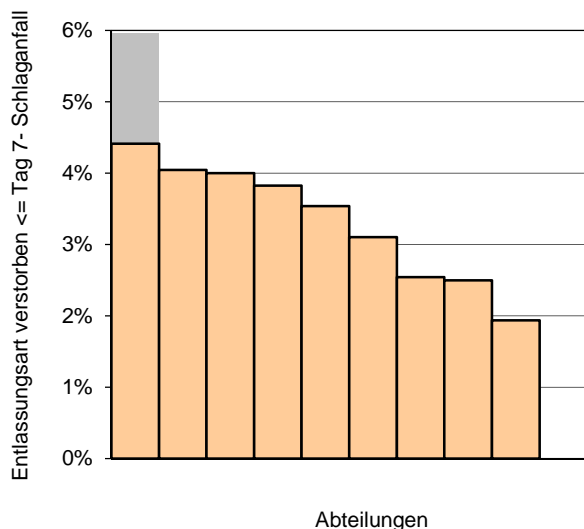


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

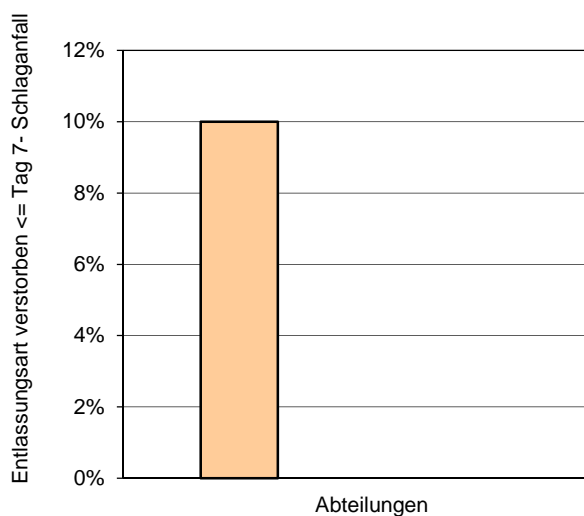
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2016/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

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	1,0	2,5	3,3	4,0	4,2	4,4	4,4

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

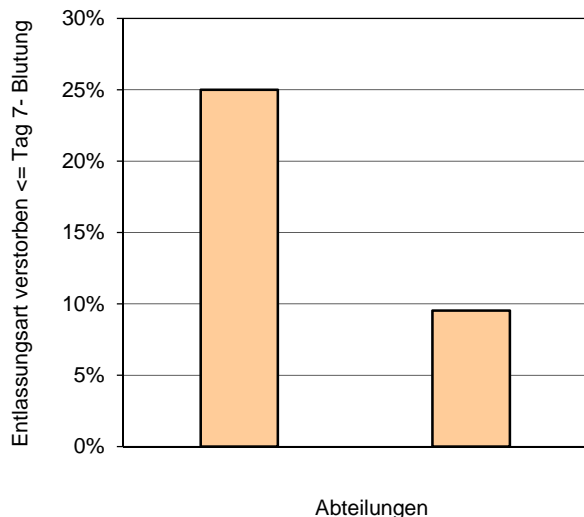


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	10,0	10,0	10,0	10,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

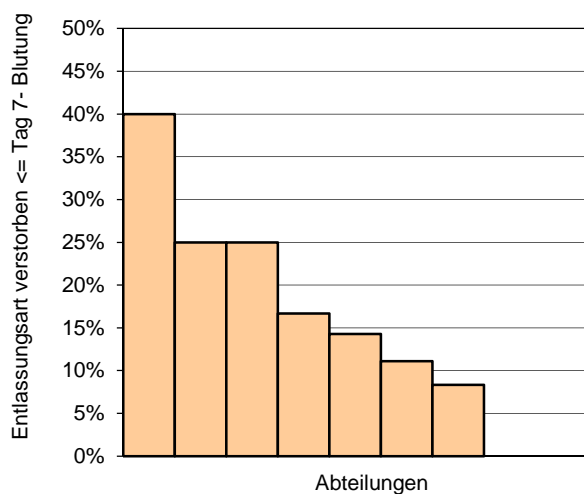
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Indikator-ID 2016/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,5	9,5	9,5	9,5	17,3	25,0	25,0	25,0	25,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	8,3	14,3	25,0	40,0	40,0	40,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


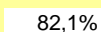
Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen


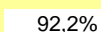
Qualitätsziel: Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall

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

Indikator-ID: 2016/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 75,0%

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.028 / 1.252	 82,1%
Vertrauensbereich				79,9% - 84,2%
Referenzbereich		>= 75,0%		>= 75,0%

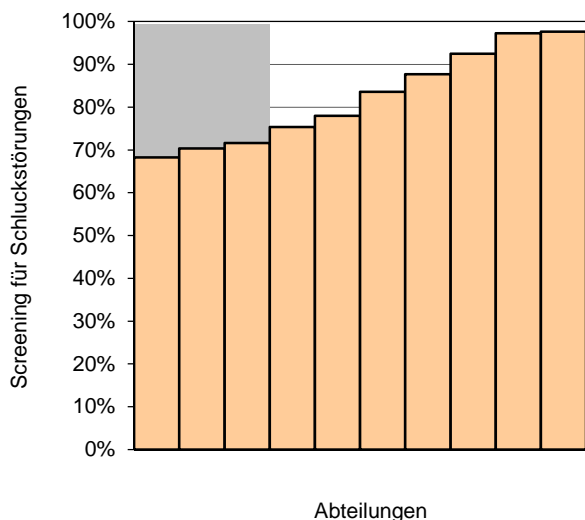
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.232 / 1.336	 92,2%
Vertrauensbereich				90,6% - 93,6%

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:

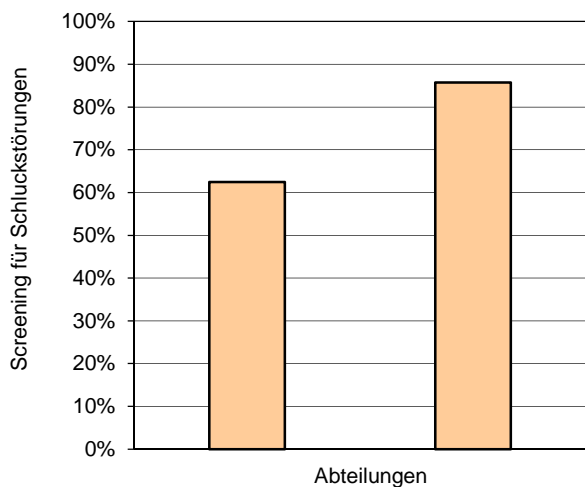
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,3	68,3	69,3	71,6	80,8	92,5	97,5	97,6	97,6

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
	62,5	62,5	62,5	62,5	74,1	85,7	85,7	85,7	85,7

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 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			196 / 2.067	9,5%
> 1 - <= 2 Stunden			310 / 2.067	15,0%
> 2 - <= 3 Stunden			203 / 2.067	9,8%
> 3 - <= 3,5 Stunden			72 / 2.067	3,5%
> 3,5 - <= 4 Stunden			76 / 2.067	3,7%
> 4 - <= 6 Stunden			162 / 2.067	7,8%
> 6 - <= 24 Stunden			378 / 2.067	18,3%
> 24 - <= 48 Stunden			163 / 2.067	7,9%
> 48 Stunden			287 / 2.067	13,9%
wake up stroke			88 / 2.067	4,3%
unbekannt			132 / 2.067	6,4%
<= 3 Stunden			709 / 2.067	34,3%
Vertrauensbereich				32,3% - 36,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

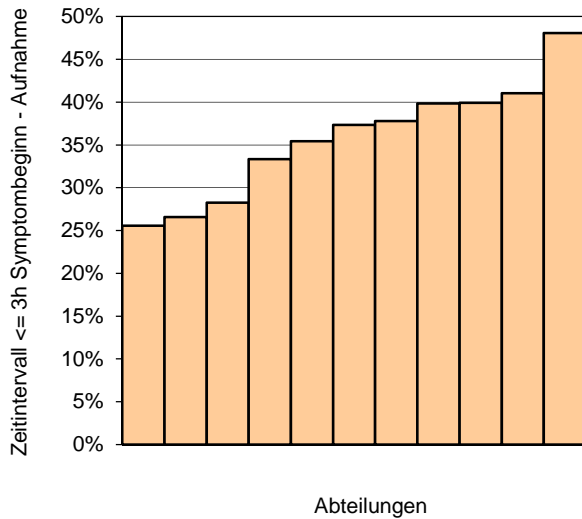
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			820 / 2.312	35,5%
Vertrauensbereich				33,5% - 37,5%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

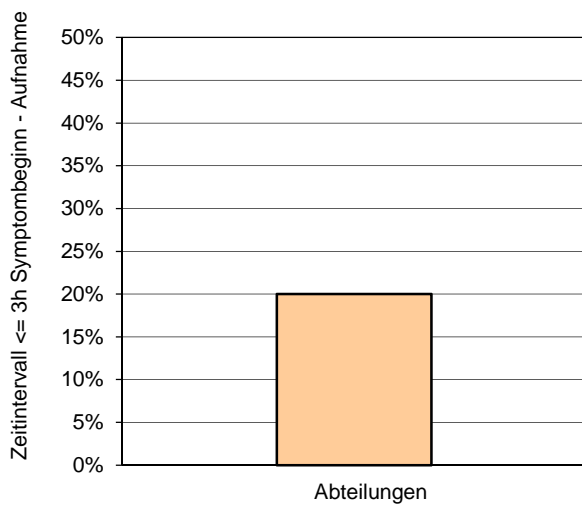
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,6	25,6	26,6	28,2	37,3	39,9	41,1	48,1	48,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.










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

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 III. 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 III. 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 III. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	363 / 455 79,8%	138 / 187 73,8%	436 / 544 80,1%	65 / 98 66,3%
Vertrauensbereich	75,8% - 83,4%	66,9% - 80,0%	76,5% - 83,4%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 55,0%	
<= 60 Minuten	416 / 455 91,4%	177 / 187 94,7%	501 / 544 92,1%	92 / 98 93,9%
Vertrauensbereich	88,5% - 93,8%	90,4% - 97,4%	89,5% - 94,2%	87,1% - 97,8%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 70,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	53 / 455 11,6%	39 / 187 20,9%	65 / 544 11,9%	27 / 98 27,6%
> 1 bis 3 Stunden	30 / 455 6,6%	8 / 187 4,3%	33 / 544 6,1%	5 / 98 5,1%
> 3 bis 6 Stunden	5 / 455 1,1%	0 / 187 0,0%	5 / 544 0,9%	0 / 98 0,0%
> 6 Stunden	4 / 455 0,9%	2 / 187 1,1%	5 / 544 0,9%	1 / 98 1,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme	13 / 468 2,8%	4 / 191 2,1%	15 / 559 2,7%	2 / 100 2,0%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 455 0,0%	0 / 187 0,0%	0 / 544 0,0%	0 / 98 0,0%

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

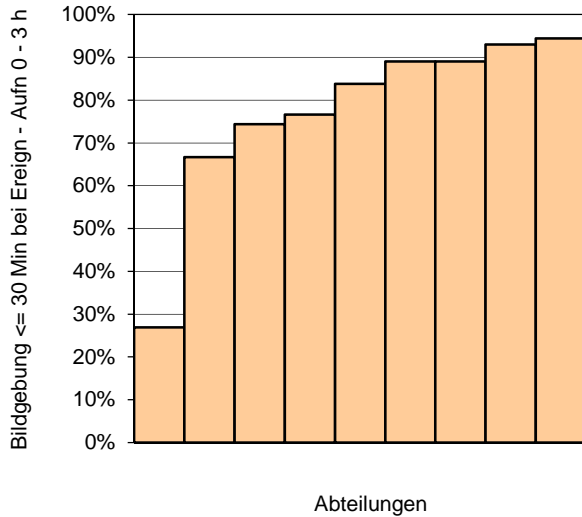
Vorjahresdaten	Gesamt 2015 III. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	398 / 513 77,6%	132 / 189 69,8%	459 / 596 77,0%	
Vertrauensbereich	73,7% - 81,1%	62,7% - 76,3%	73,4% - 80,3%	
<= 60 Minuten	480 / 513 93,6%	169 / 189 89,4%	555 / 596 93,1%	94 / 106 88,7%
Vertrauensbereich	91,1% - 95,5%	84,1% - 93,4%	90,8% - 95,0%	81,0% - 94,0%

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:

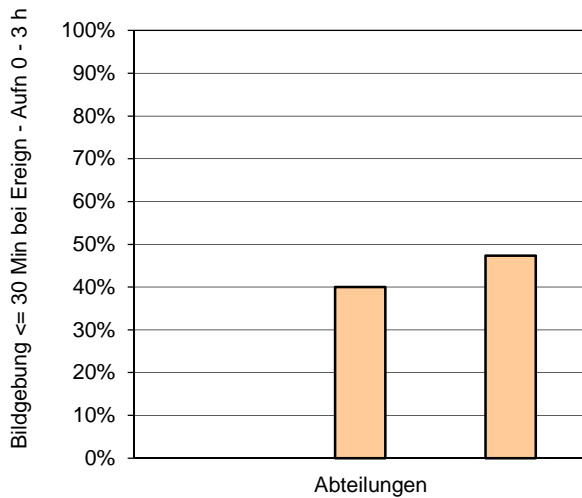
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	26,9	26,9	26,9	74,4	83,8	89,1	94,4	94,4	94,4

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	40,0	47,4	47,4	47,4	47,4

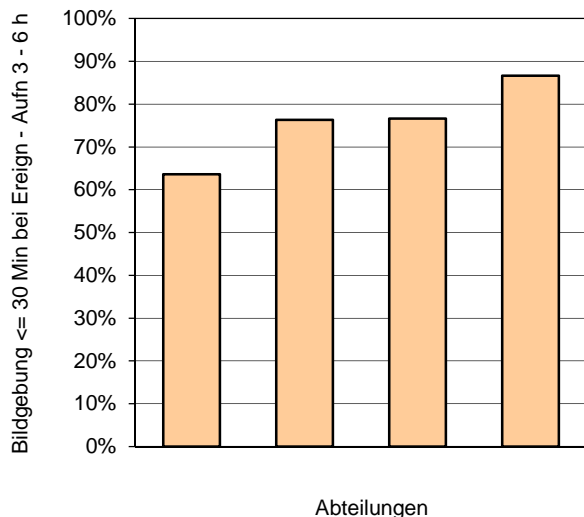
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

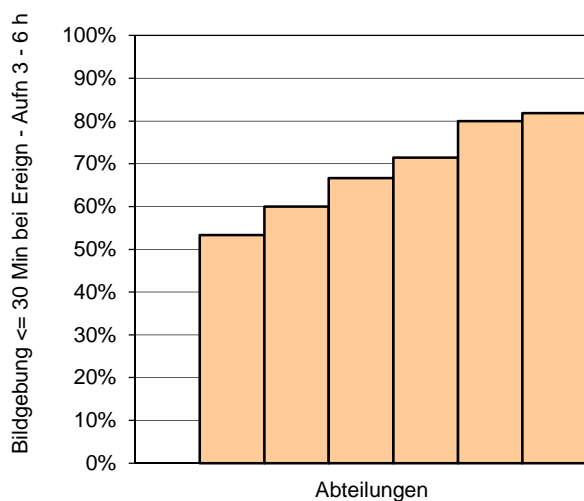
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,6	63,6	63,6	70,0	76,5	81,6	86,7	86,7	86,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	53,3	66,7	80,0	81,8	81,8	81,8

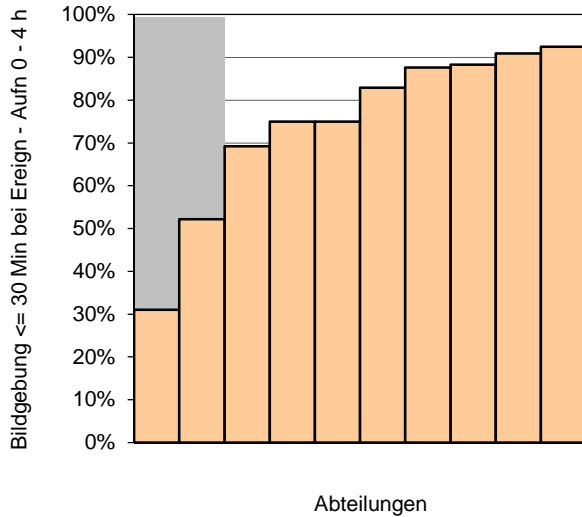
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

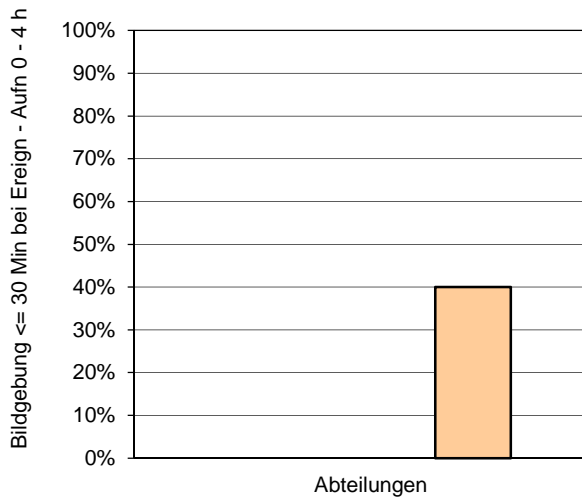
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	31,0	31,0	41,6	69,2	79,0	88,3	91,7	92,5	92,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

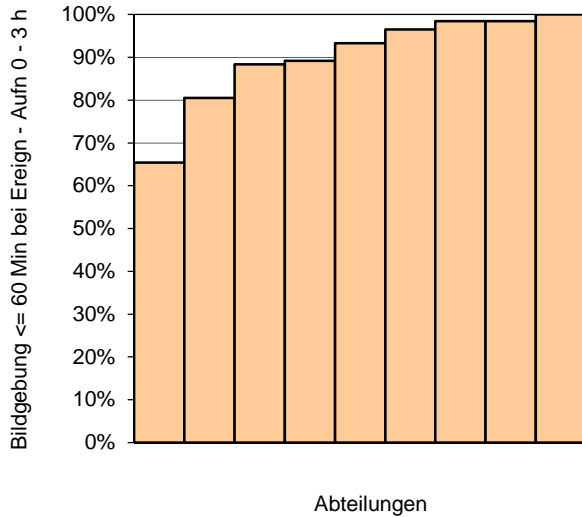
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

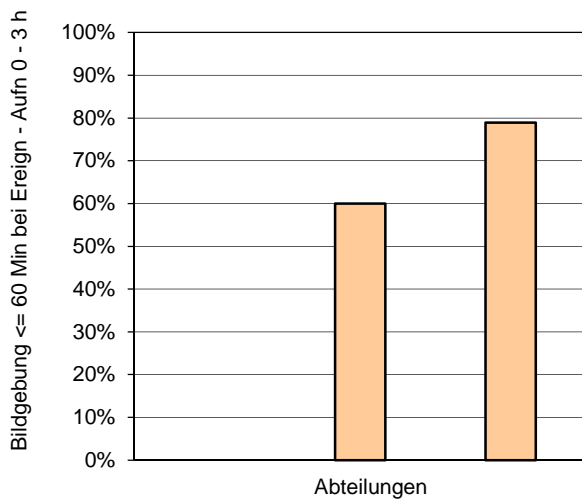
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,4	65,4	65,4	88,4	93,3	98,4	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	60,0	78,9	78,9	78,9	78,9

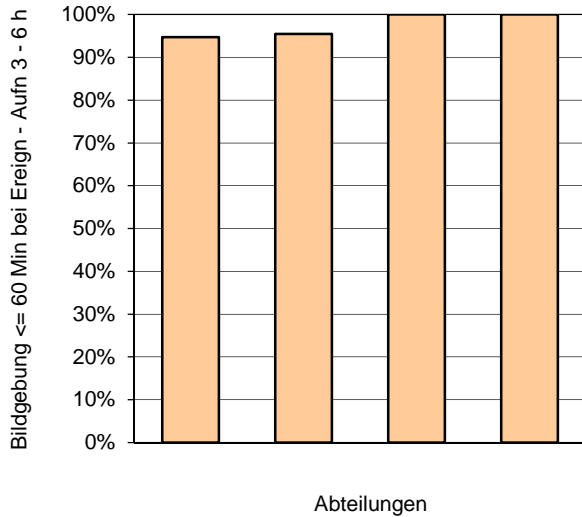
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

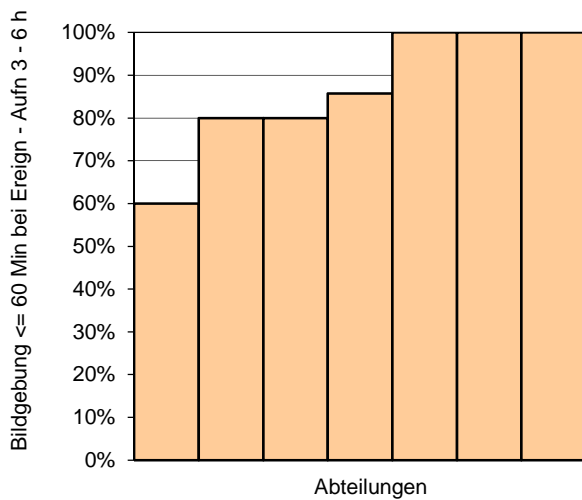
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,7	94,7	94,7	95,1	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	60,0	60,0	80,0	85,7	100,0	100,0	100,0	100,0

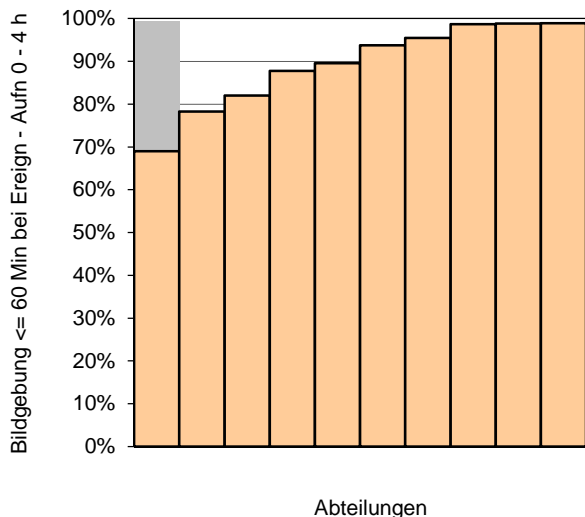
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

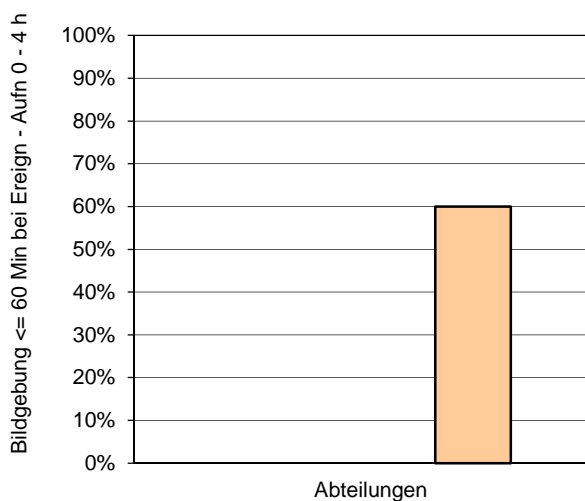
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,0	69,0	73,6	82,1	91,7	98,7	98,9	98,9	98,9

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	30,0	60,0	60,0	60,0	60,0

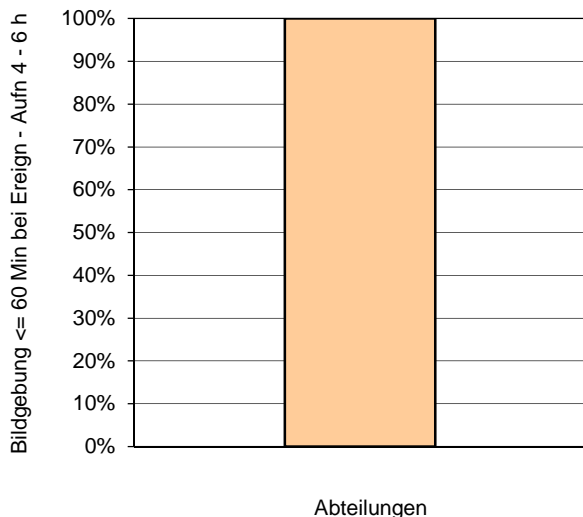
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

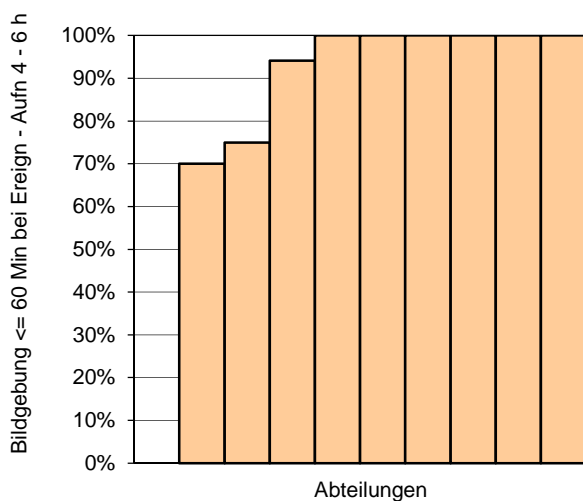
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







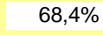
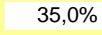

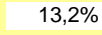
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	35,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Gesamt 2016 III. Quartal				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	147 / 215 	28 / 80 	170 / 257 	5 / 38 
Vertrauensbereich	61,7% - 74,5%	24,6% - 46,5%	60,0% - 71,9%	4,3% - 28,3%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	$\geq 40,0\%$	nicht definiert

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

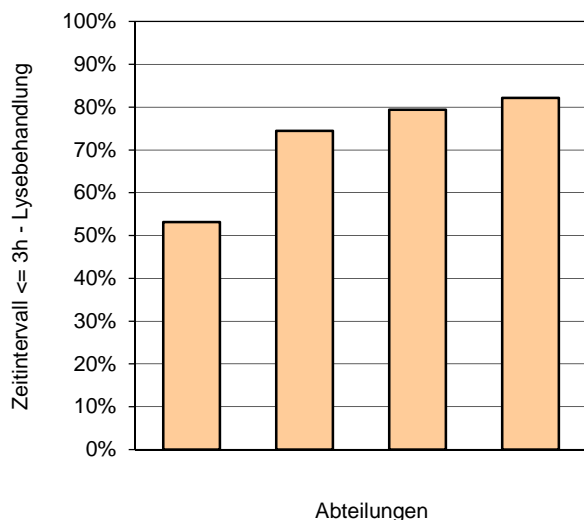
Vorjahresdaten	Gesamt 2015 III. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	182 / 252 72,2% 66,2% - 77,7%	27 / 93 29,0% 20,1% - 39,4%	199 / 296 67,2% 61,6% - 72,6%	10 / 49 20,4% 10,2% - 34,4%

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 ≤ 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

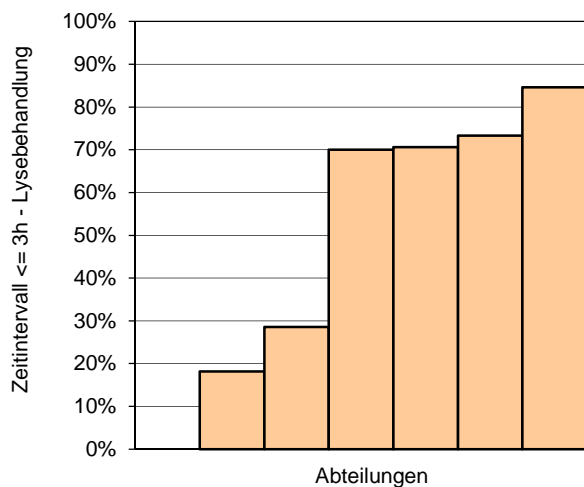
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	53,1	53,1	53,1	63,8	76,9	80,8	82,1	82,1	82,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	18,2	70,0	73,3	84,6	84,6	84,6

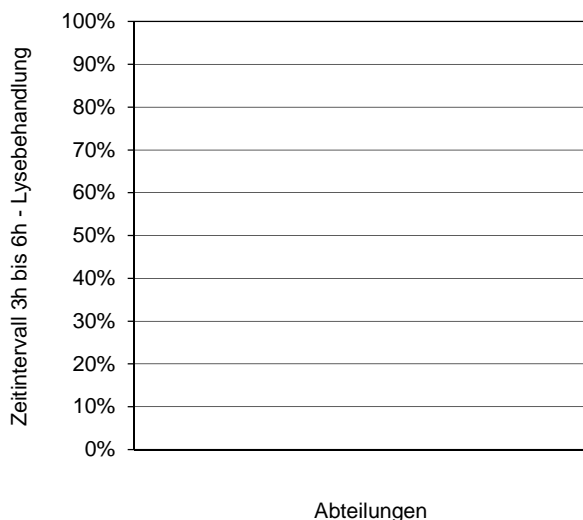
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

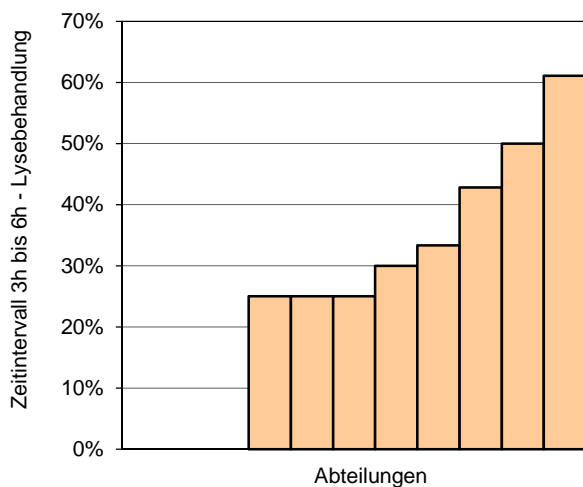
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 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	25,0	42,9	50,0	61,1	61,1

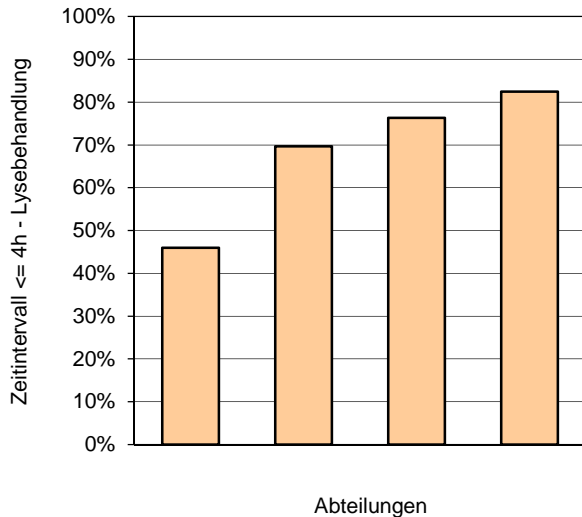
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

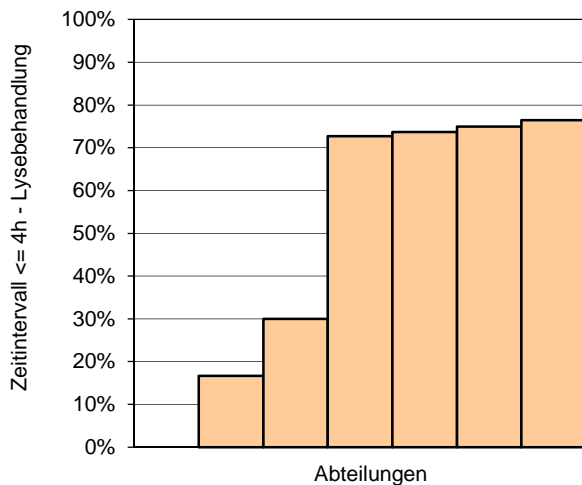
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,9	45,9	45,9	57,8	73,0	79,4	82,5	82,5	82,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	16,7	72,7	75,0	76,5	76,5	76,5

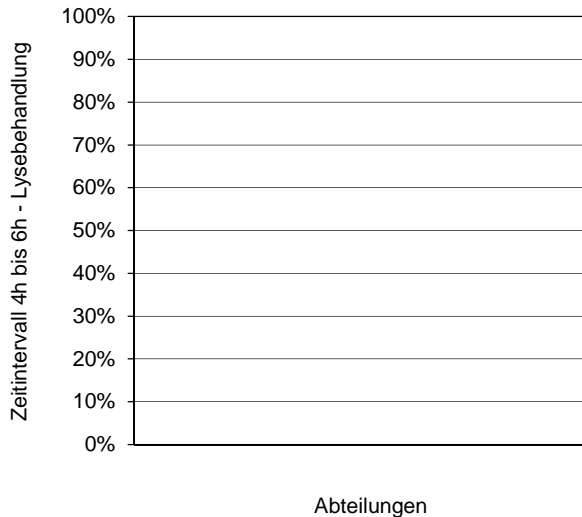
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

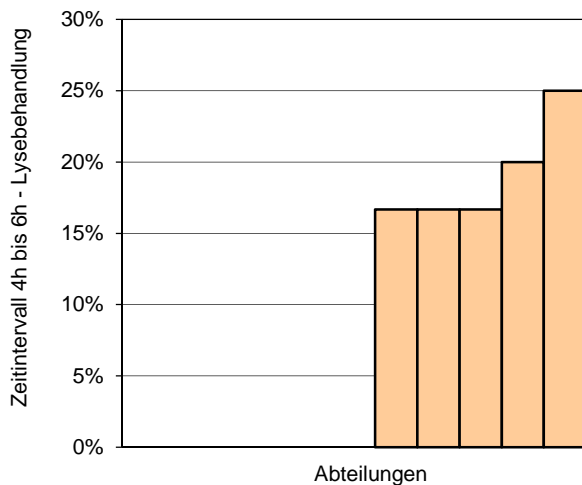
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 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	16,7	20,0	25,0	25,0

3 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 III. 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 III. 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 III. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	110 / 188 58,5%	17 / 35 48,6%	125 / 217 57,6%	2 / 6 33,3%
Vertrauensbereich	51,1% - 65,6%	31,3% - 66,1%	50,7% - 64,3%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 25,0%	
<= 60 Minuten	181 / 188 96,3%	30 / 35 85,7%	205 / 217 94,5%	6 / 6 100,0%
Vertrauensbereich	92,4% - 98,5%	69,5% - 95,3%	90,5% - 97,1%	54,0% - 100,0%
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	>= 75,0%	nicht definiert
> 30 - 60 Minuten	71 / 188 37,8%	13 / 35 37,1%	80 / 217 36,9%	4 / 6 66,7%
> 1 - 2 Stunden	6 / 188 3,2%	4 / 35 11,4%	10 / 217 4,6%	0 / 6 0,0%
> 2 - 3 Stunden	1 / 188 0,5%	0 / 35 0,0%	1 / 217 0,5%	0 / 6 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 188 0,0%	1 / 35 2,9%	1 / 217 0,5%	0 / 6 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 188 0,0%	0 / 35 0,0%	0 / 217 0,0%	0 / 6 0,0%
> 6 Stunden	0 / 188 0,0%	0 / 35 0,0%	0 / 217 0,0%	0 / 6 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 188 0,0%	0 / 35 0,0%	0 / 217 0,0%	0 / 6 0,0%

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

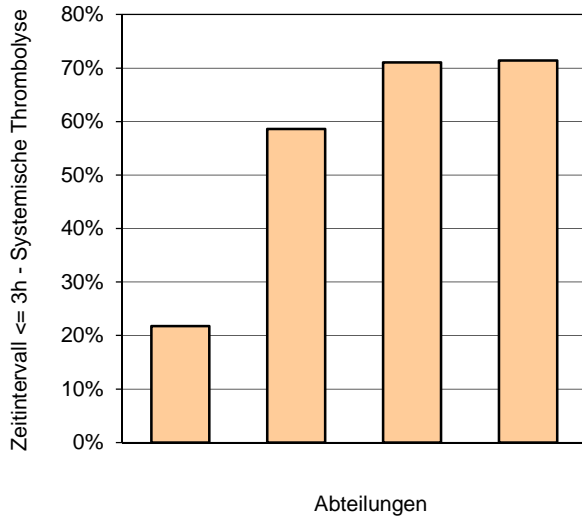
Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	131 / 220 59,5%	20 / 28 71,4%	143 / 238 60,1%	
Vertrauensbereich	52,7% - 66,1%	51,3% - 86,8%	53,6% - 66,4%	
<= 60 Minuten	199 / 220 90,5%	27 / 28 96,4%	217 / 238 91,2%	9 / 10 90,0%
Vertrauensbereich	85,8% - 94,0%	81,6% - 100,0%	86,8% - 94,5%	55,4% - 99,8%

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:

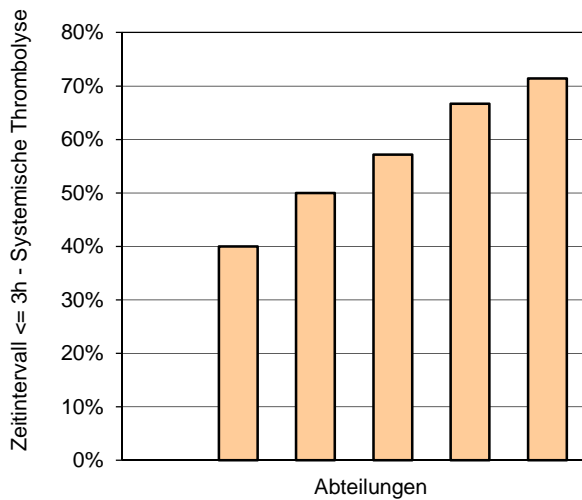
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	21,7	21,7	21,7	40,2	64,8	71,2	71,4	71,4	71,4

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	40,0	53,6	66,7	71,4	71,4	71,4

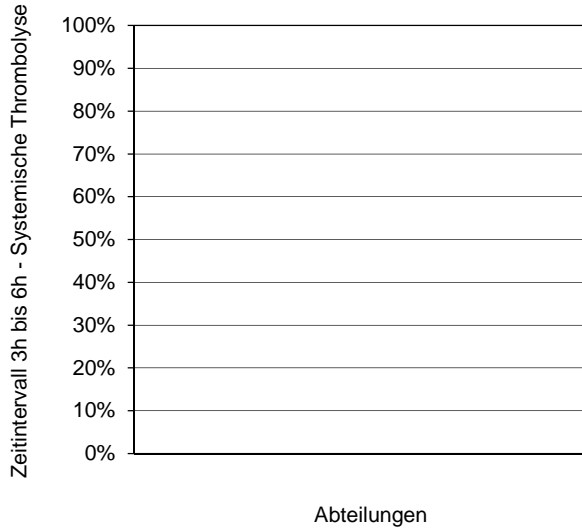
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

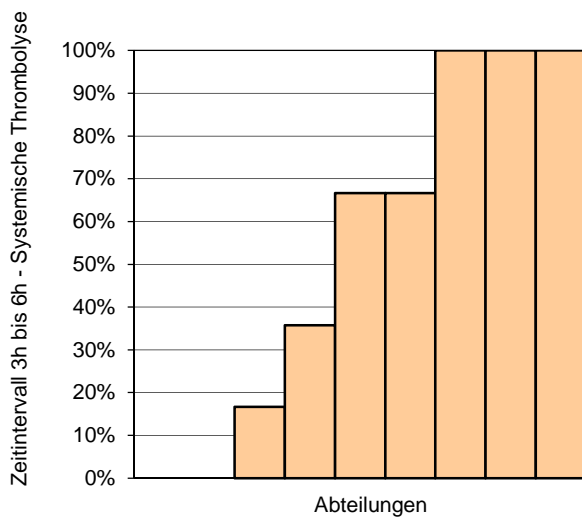
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	16,7	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0

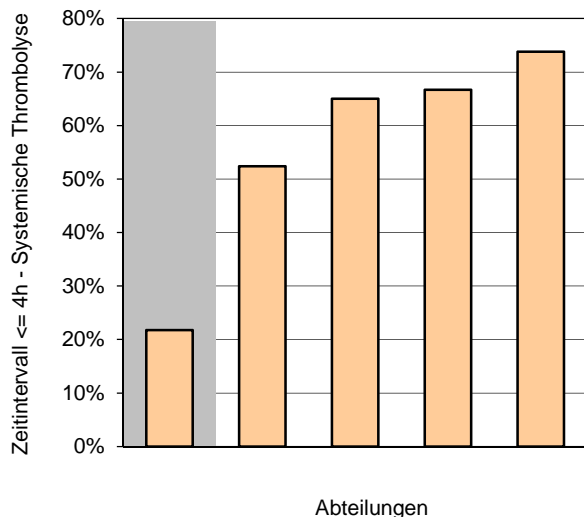
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

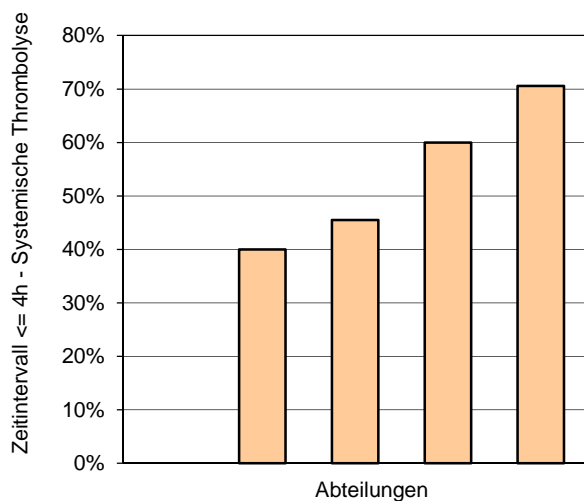
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	21,7	21,7	21,7	52,4	65,0	66,7	73,8	73,8	73,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	40,0	45,5	60,0	70,6	70,6	70,6

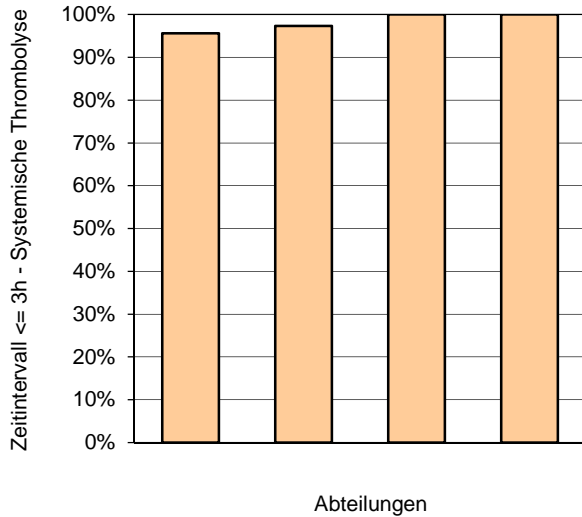
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

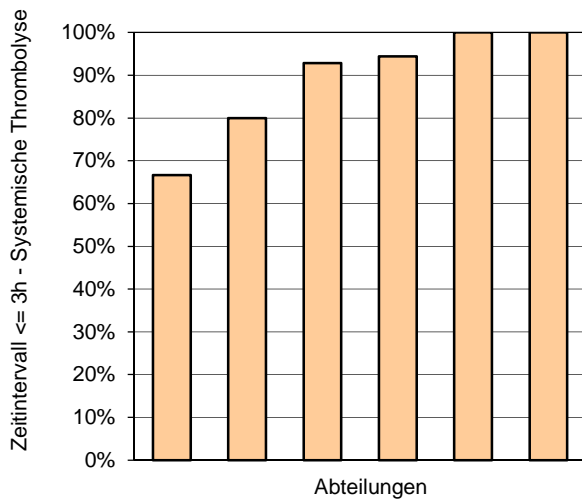
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,7	95,7	95,7	96,5	98,7	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	80,0	93,7	100,0	100,0	100,0	100,0

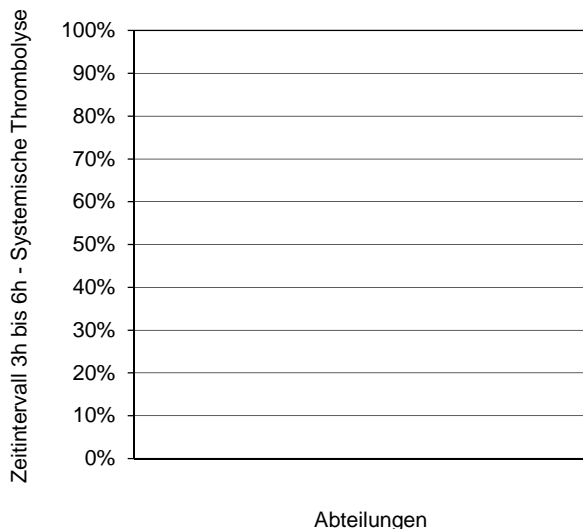
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

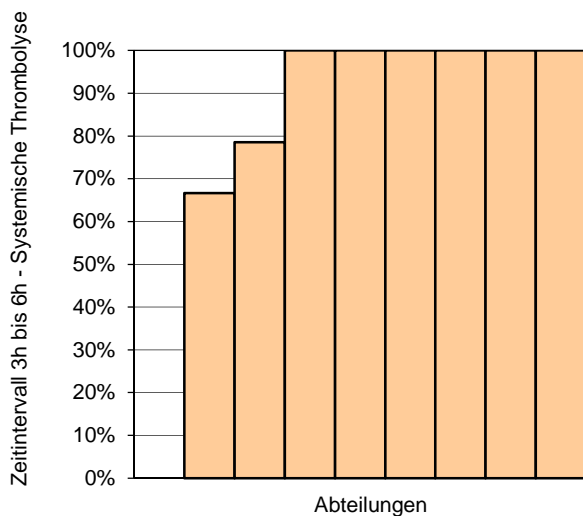
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

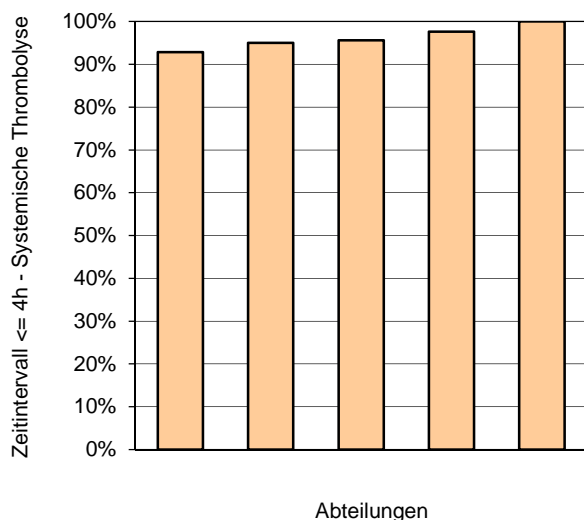
5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

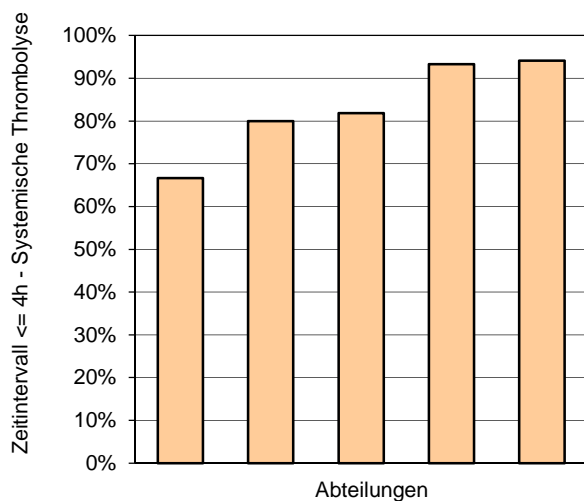
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,9	92,9	92,9	95,0	95,7	97,6	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	66,7	66,7	80,0	81,8	93,3	94,1	94,1	94,1

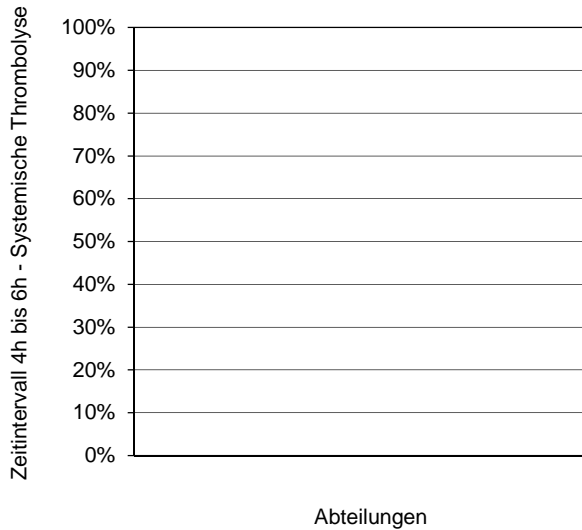
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

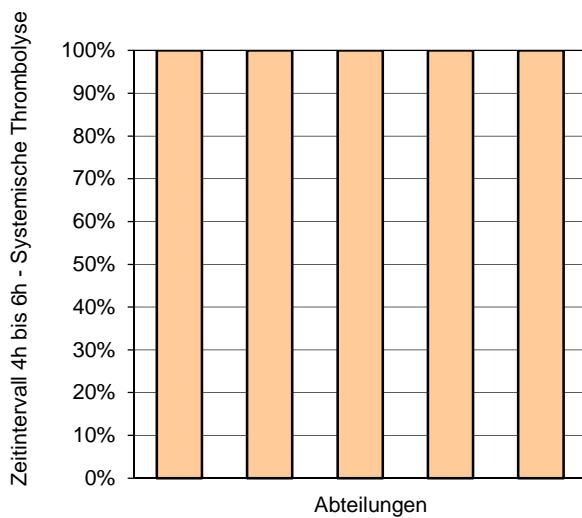
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.


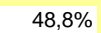



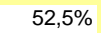
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			1.009 / 2.067	 48,8%
Vertrauensbereich				46,6% - 51,0%
Referenzbereich		>= 45,0%		>= 45,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2015 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			1.214 / 2.312	 52,5%
Vertrauensbereich				50,4% - 54,6%

Abteilung 2016 III. 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 III. 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	301 14,6%	200 9,7%	108 5,2%	55 2,7%	24 1,2%	7 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	13 0,6%	140 6,8%	151 7,3%	66 3,2%	26 1,3%	14 0,7%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	7 0,3%	128 6,2%	123 6,0%	45 2,2%	16 0,8%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,0%	4 0,2%	17 0,8%	102 4,9%	70 3,4%	26 1,3%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	8 0,4%	21 1,0%	76 3,7%	78 3,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	5 0,2%	7 0,3%	10 0,5%	119 5,8%
6 Tod	0 0,0%	1 0,0%	1 0,0%	8 0,4%	11 0,5%	70 3,4%
	Rankin bei Entlassung					

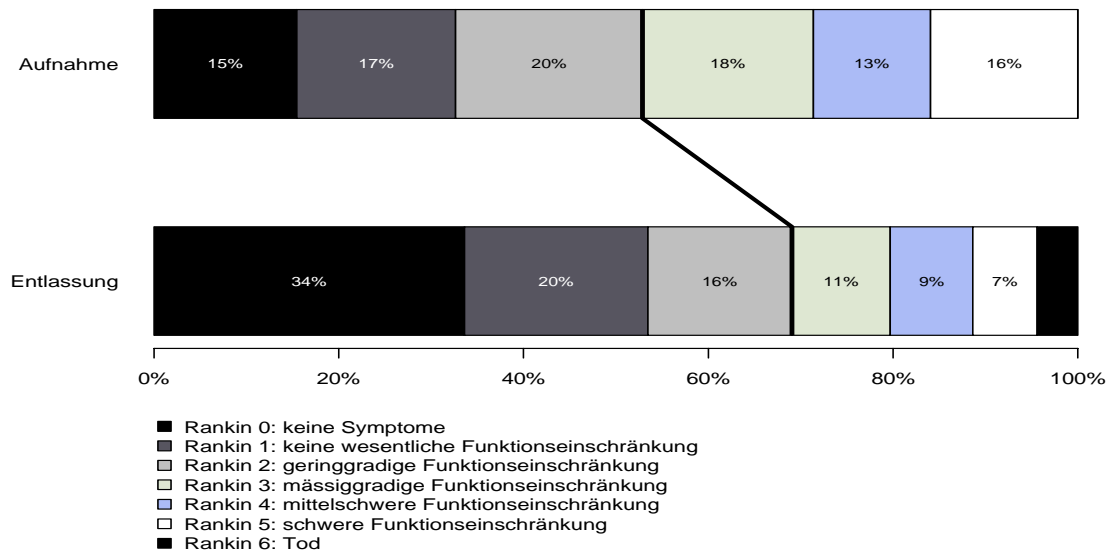
Vorjahresdaten
Abteilung 2015 III. Quartal

	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 III. 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	328 14,2%	259 11,2%	130 5,6%	41 1,8%	20 0,9%	7 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	16 0,7%	149 6,4%	191 8,3%	81 3,5%	28 1,2%	9 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	6 0,3%	18 0,8%	111 4,8%	162 7,0%	53 2,3%	20 0,9%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	3 0,1%	20 0,9%	91 3,9%	111 4,8%	27 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	6 0,3%	8 0,3%	15 0,6%	69 3,0%	75 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	2 0,1%	15 0,6%	28 1,2%	103 4,5%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	2 0,1%	10 0,4%	19 0,8%	74 3,2%
	Rankin bei Entlassung					

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung

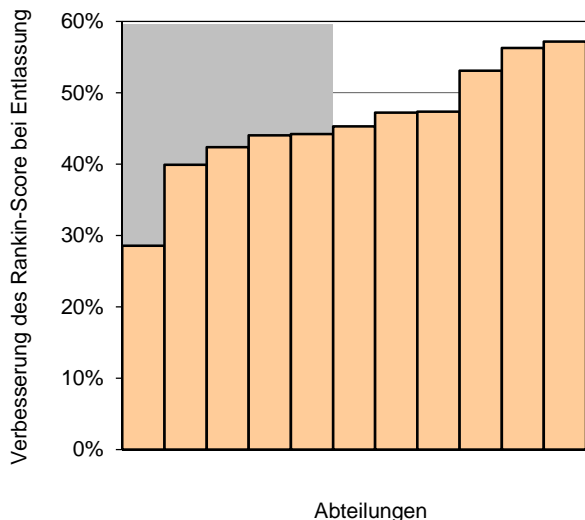


Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

**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:

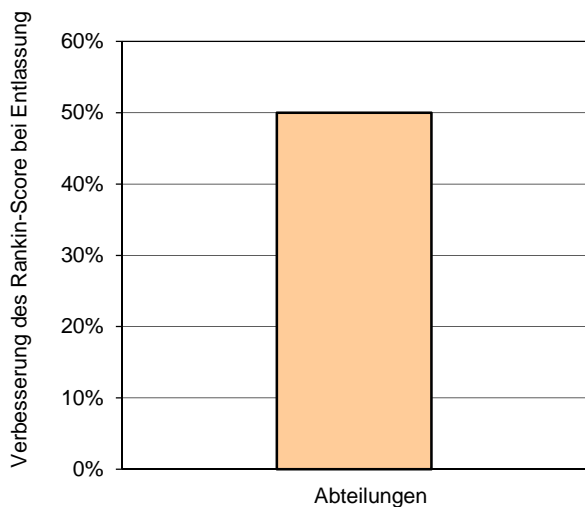
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	28,6	28,6	39,9	42,4	45,3	53,1	56,3	57,2	57,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			2.441	100,0	2.892	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.441		2.892	

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

Patienten

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Erstversorgung im Krankenhaus			2.067		2.312	
Alter (Jahre)						
Median		<i>Jahre</i>	<i>76,0 Jahre</i>		<i>76,0 Jahre</i>	
Geschlecht						
männlich			1.059	51,2	1.189	51,4
weiblich			1.008	48,8	1.123	48,6

Aufnahme

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.593	77,1	1.790	77,4
Sonnabend oder Sonntag			474	22,9	522	22,6
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			973	47,1	1.139	49,3
nein			1.073	51,9	1.161	50,2
nicht bestimmbar			21	1,0	12	0,5
Sprachstörung						
ja			500	24,2	552	23,9
nein			1.518	73,4	1.722	74,5
nicht bestimmbar			49	2,4	38	1,6
Sprechstörung						
ja			647	31,3	761	32,9
nein			1.344	65,0	1.481	64,1
nicht bestimmbar			76	3,7	70	3,0
Schluckstörung						
ja			319	15,4	403	17,4
nein			1.577	76,3	1.775	76,8
nicht bestimmbar			171	8,3	134	5,8
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.899	91,9	2.132	92,2
somnolent-stuporös			126	6,1	143	6,2
komatös			42	2,0	37	1,6
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			196	9,5	242	10,5
> 1 - <= 2 Stunden			310	15,0	346	15,0
> 2 - <= 3 Stunden			203	9,8	232	10,0
> 3 - <= 3,5 Stunden			72	3,5	81	3,5
> 3,5 - <= 4 Stunden			76	3,7	70	3,0
> 4 - <= 6 Stunden			162	7,8	183	7,9
> 6 - <= 24 Stunden			378	18,3	390	16,9
> 24 - <= 48 Stunden			163	7,9	171	7,4
> 48 Stunden			287	13,9	282	12,2
unbekannt			132	6,4	181	7,8
wake up stroke			88	4,3	134	5,8

Diagnostik

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.961	94,9	2.197	95,0
Bildgebung-MRT nach Ereignis			1.400	67,7	1.498	64,8
Frische Läsion in der Bildgebung			1.246	60,3	1.305	56,4
Schlucktest nach Protokoll			1.632	79,0	2.084	90,1
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			224	10,8	240	10,4
>= 1 - 24 Stunden			513	24,8	570	24,7
> 24 Stunden			1.330	64,3	1.502	65,0
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.964	95,0	2.203	95,3
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.949	94,3	2.178	94,2
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			448	21,7	486	21,0
früherer Schlaganfall			569	27,5	604	26,1
Vorhofflimmern			535	25,9	627	27,1
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.814		2.012	
Pneumonie			97		131	
erhöhter Hirndruck			43		54	
andere Komplikationen			161		175	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2016¹

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.350	65,3	1.449	62,7
TIA			592	28,6	706	30,5
ICB			125	6,0	157	6,8
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			349	16,9	408	17,6
gelegentlicher Verlust			224	10,8	281	12,2
kontinent			1.494	72,3	1.623	70,2
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			402	19,4	440	19,0
grosse Unterstützung			215	10,4	242	10,5
geringe Unterstützung			309	14,9	370	16,0
vollständig selbstständig			1.141	55,2	1.260	54,5
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			468	22,6	508	22,0
grosse Unterstützung			240	11,6	294	12,7
geringe Unterstützung			314	15,2	374	16,2
vollständig selbstständig			1.045	50,6	1.136	49,1
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			274	13,3	261	11,3
gelegentlicher Verlust			174	8,4	223	9,6
kontinent			1.528	73,9	1.723	74,5
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			201	9,7	200	8,7
grosse Unterstützung			151	7,3	162	7,0
geringe Unterstützung			218	10,5	241	10,4
vollständig selbstständig			1.406	68,0	1.604	69,4
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			243	11,8	247	10,7
grosse Unterstützung			173	8,4	195	8,4
geringe Unterstützung			255	12,3	292	12,6
vollständig selbstständig			1.305	63,1	1.473	63,7

Rankin Skala

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			320	15,5	353	15,3
Rankin 1			355	17,2	437	18,9
Rankin 2			418	20,2	464	20,1
Rankin 3			382	18,5	415	17,9
Rankin 4			262	12,7	328	14,2
Rankin 5			330	16,0	315	13,6
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			695	33,6	785	34,0
Rankin 1			410	19,8	474	20,5
Rankin 2			322	15,6	370	16,0
Rankin 3			220	10,6	254	11,0
Rankin 4			185	9,0	174	7,5
Rankin 5			144	7,0	150	6,5
Tod			91	4,4	105	4,5

Rehabilitation

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.465	70,9	1.706	73,8
> Tag 2 nach Aufnahme			53	2,6	26	1,1
keine			549	26,6	580	25,1
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.857	89,8	2.187	94,6
> Tag 2 nach Aufnahme			56	2,7	32	1,4
keine			154	7,5	93	4,0
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.671	80,8	1.971	85,3
> Tag 2 nach Aufnahme			47	2,3	33	1,4
keine			349	16,9	308	13,3

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			504	24,4	595	25,7
Beatmung			85	4,1	91	3,9
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.603	77,6	1.802	77,9
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.489	72,0	1.664	72,0
Thromboseprophylaxe			1.824	88,2	2.082	90,1

Entlassung

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			2.045	98,9	2.289	99,0
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.805	87,3	2.088	90,3
Entlassungsart						
verstorben			91	4,4	105	4,5
nach Hause			1.221	59,1	1.395	60,3
Pflegeeinrichtung/Heim			186	9,0	169	7,3
andere Abteilung			82	4,0	83	3,6
externe (Akut)Klinik			61	3,0	53	2,3
Reha-Klinik			426	20,6	507	21,9
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			2.067	100,0	2.312	100,0
Mittelwert		<i>Tage</i>	<i>7,9 Tage</i>		<i>8,5 Tage</i>	
Median		<i>Tage</i>	<i>6,0 Tage</i>		<i>6,0 Tage</i>	

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			254	12,3	288	12,5
Lyse i.a.			50	2,4	41	1,8
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			145	7,0	172	7,4
> 30 - <= 60 Minuten			97	4,7	96	4,2
> 1 - <= 2 Stunden			20	1,0	23	1,0
> 2 - <=3 Stunden			3	0,1	4	0,2
> 3 - <=4 Stunden			2	0,1	2	0,1
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.800	87,1	2.015	87,2
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			1.137	55,0	1.164	50,3
> 30 - <= 60 Minuten			405	19,6	513	22,2
> 1 - <= 3 Stunden			293	14,2	383	16,6
> 3 - <= 6 Stunden			73	3,5	103	4,5
> 6 Stunden			62	3,0	58	2,5
1. Bildgebung vor Aufnahme			92	4,5	91	3,9
keine Bildgebung erfolgt			5	0,2	0	0,0
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			1.088	52,6	1.240	53,6
3 - 8 (mittel)			626	30,3	651	28,2
9 - 20 (schwerwiegend)			275	13,3	317	13,7
> 20 (sehr schwerwiegend)			57	2,8	74	3,2
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2016 III. Quartal		Gesamt 2016 III. Quartal		Gesamt 2015 III. Quartal	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			1.460	70,6	1.694	73,3
Hypercholesterinämie			1.013	49,0	1.097	47,4
keine Angabe			263	12,7	202	8,7
Sekundärprophylaxe						
Statine			1.367	66,1	1.626	70,3
Antihypertensiva			1.370	66,3	1.663	71,9
Antidiabetika			321	15,5	415	17,9
keine Angabe			332	16,1	191	8,3
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.414	68,4	1.742	75,3
Pflege zu Hause			152	7,4	200	8,7
Pflege in Institution			203	9,8	217	9,4
keine Angabe			298	14,4	153	6,6

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

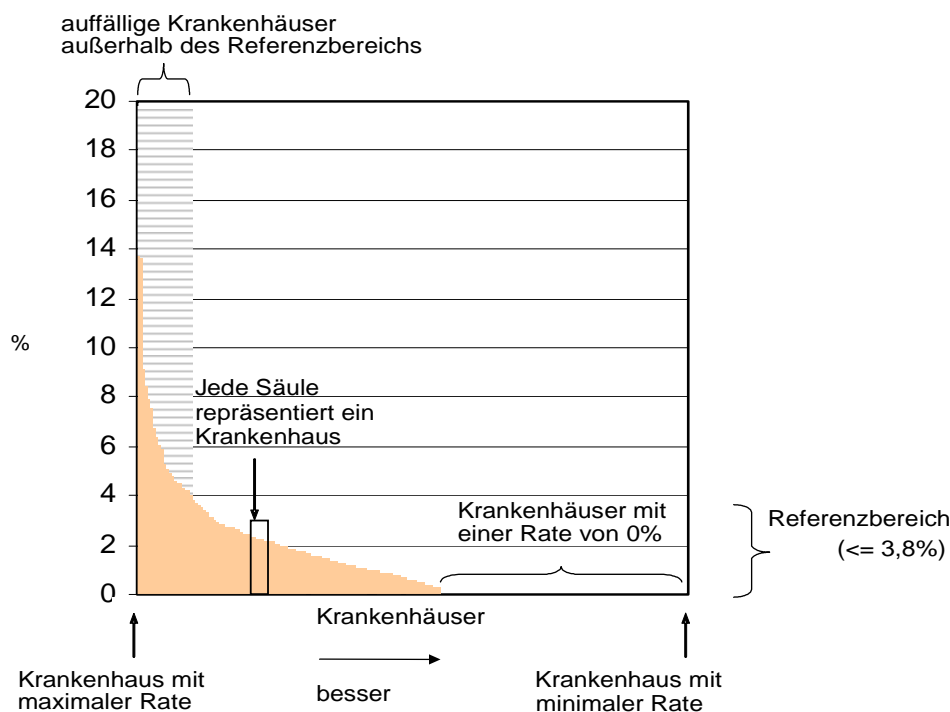
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

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

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
Standort Hamburg
Wendenstraße 375
D-20537 Hamburg