

III. Jahresauswertung 2011 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 11
Anzahl Datensätze Gesamt: 987
Datensatzversion: apo_hh 2011 2.0
Datenbankstand: 01. November 2011
2011 - D11038-L73553-P34745

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 309
D-20537 Hamburg

Kontakt:

Tel.: 040 / 25 40 78-40

E-Mail: info-hh@bqs-institut.de

URL: www.bqs-institut.de

Grundgesamtheit

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die im 3. Quartal 2011 stationär aufgenommen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			72,5%	>= 45%	1.1
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			93,4%	>= 75%	1.3
QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			91,7%	>= 65%	1.5
QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,6%	>= 90%	1.7
QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			95,0%	>= 90%	1.9
QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			76,2%	>= 55%	1.11
QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			83,9%	>= 70%	1.13
QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,8%	>= 95%	1.15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			97,0%	>= 90%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			3,7%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			12,8%	<= 25%	1.19
QI 11: Screening für Schluckstörungen			87,4%	>= 60%	1.24
QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			37,1%	>= 30%	1.26
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			86,6%	>= 60%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			70,1%	>= 60%	1.28
0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			85,9%	>= 60%	1.28
> 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			62,5%	>= 60%	1.28

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyserate					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25			58,7%	>= 30%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			21,7%	>= 4%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			55,8%	>= 25%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			9,1%	>= 4%	1.35
QI 15: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			80,3%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			83,3%	>= 60%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			80,3%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			100,0%	>= 60%	1.41
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			49,2%	>= 30%	1.48

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)

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 45%

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			574 / 792	72,5% 69,2% - 75,6% >= 45%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			1.599 / 1.927	83,0% 81,2% - 84,6%

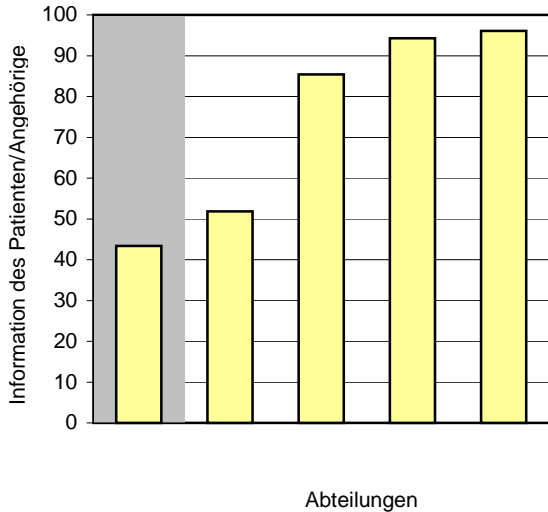
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83254]:

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:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 43,4% - 96,1%

Median der Abteilungswerte: 85,4%

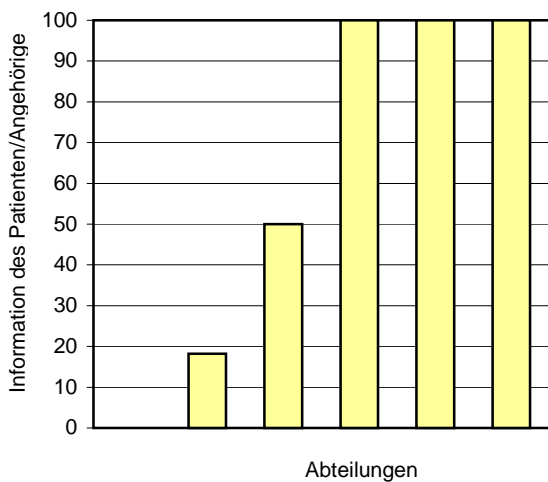


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 75,0%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

Qualitätsziel: Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall (\leq 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)

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83284

Referenzbereich: $\geq 75\%$

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich			240 / 257	93,4% 89,6% - 96,1% $\geq 75\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			626 / 700	89,4% 86,9% - 91,6%

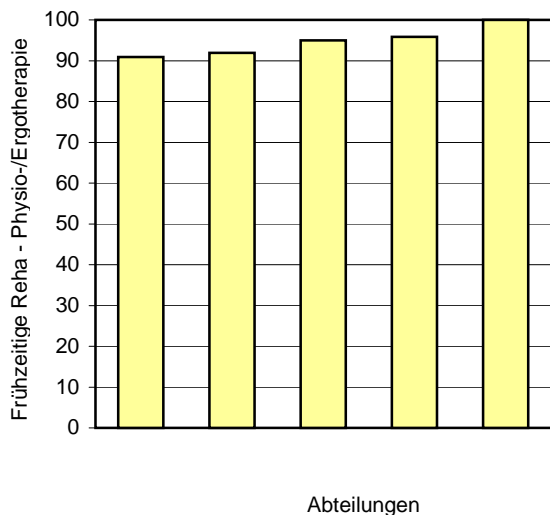
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83284]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,0%

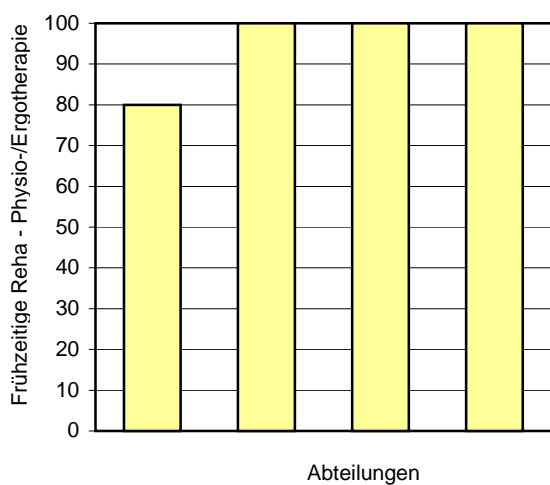


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 80,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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)

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 65%

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			277 / 302	91,7%
Vertrauensbereich				88,0% - 94,6%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			676 / 775	87,2%
Vertrauensbereich				84,7% - 89,5%

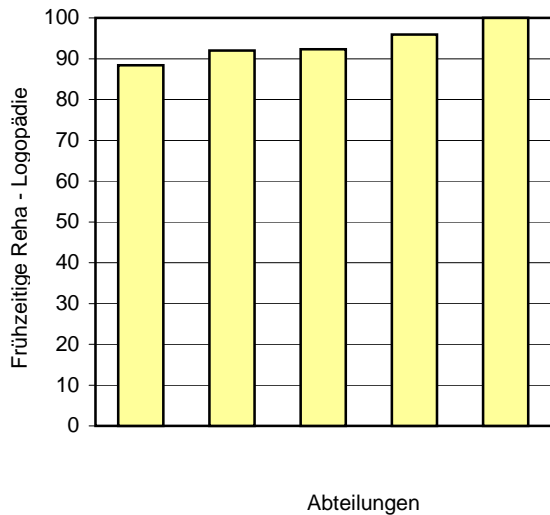
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83285]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 88,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 92,3%

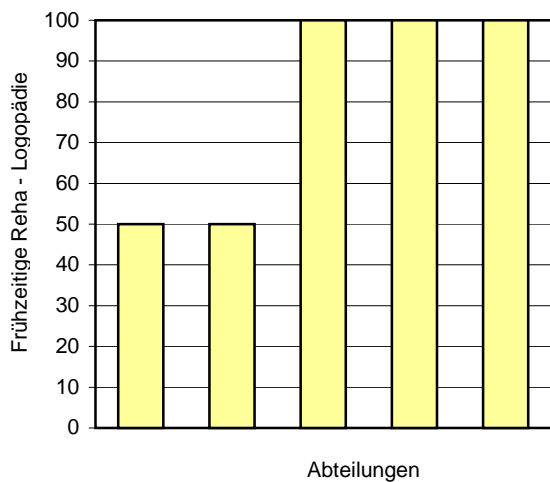


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 50,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


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


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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			484 / 501	96,6%
Vertrauensbereich				94,6% - 98,0%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.122 / 1.166	96,2%
Vertrauensbereich				95,0% - 97,2%

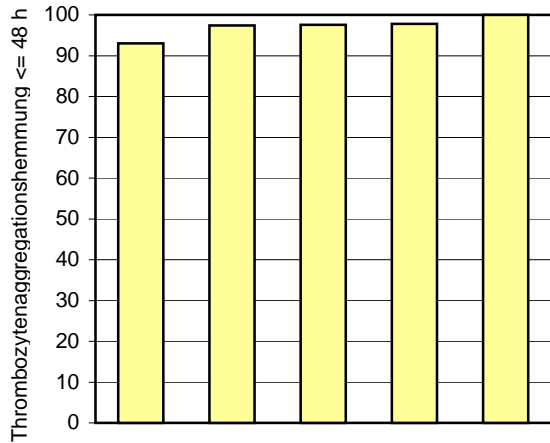
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83286]:

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:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 93,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,5%



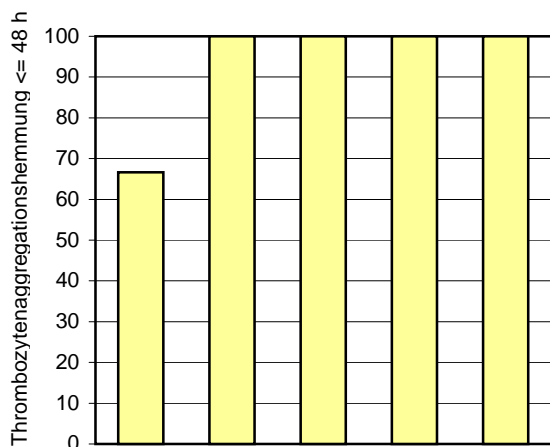
Abteilungen

5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 66,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			591 / 622	95,0%
Vertrauensbereich				93,0% - 96,6%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.455 / 1.527	95,3%
Vertrauensbereich				94,1% - 96,3%

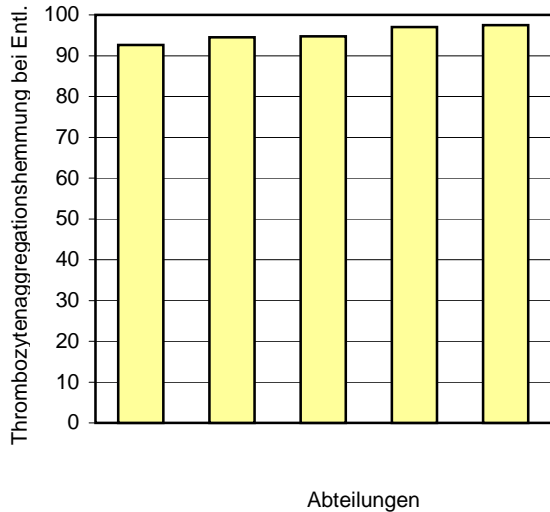
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83287]:

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:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 92,6% - 97,5%

Median der Abteilungswerte: 94,7%

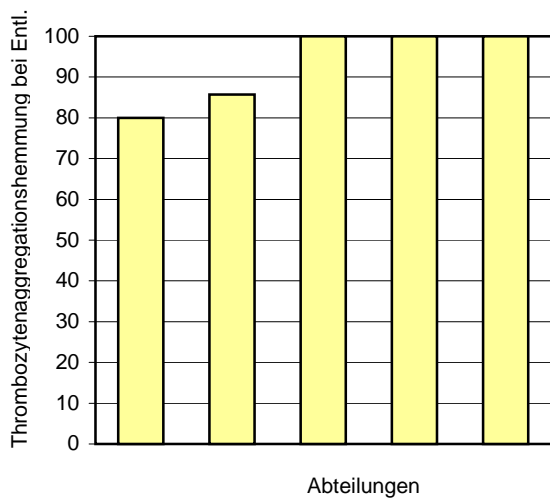


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 80,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 55%

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			99 / 130	76,2%
Vertrauensbereich				67,9% - 83,2%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			190 / 270	70,4%
Vertrauensbereich				64,5% - 75,8%

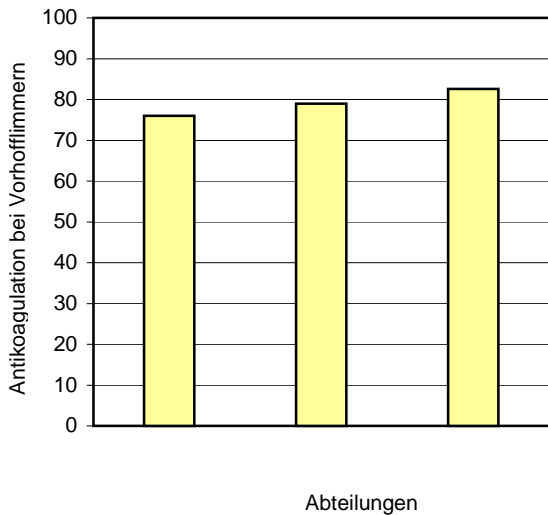
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83288]:

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:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 76,0% - 82,6%

Median der Abteilungswerte: 78,9%

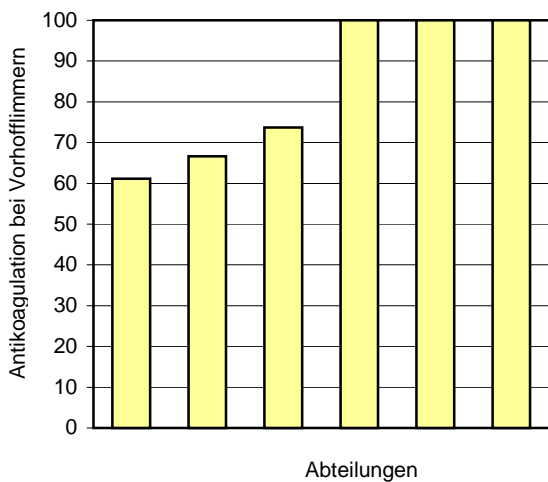


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 61,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 86,8%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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)

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83290

Referenzbereich: $\geq 70\%$

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			286 / 341	83,9%
Vertrauensbereich				79,5% - 87,6%
Referenzbereich		$\geq 70\%$		$\geq 70\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			826 / 951	86,9%
Vertrauensbereich				84,5% - 88,9%

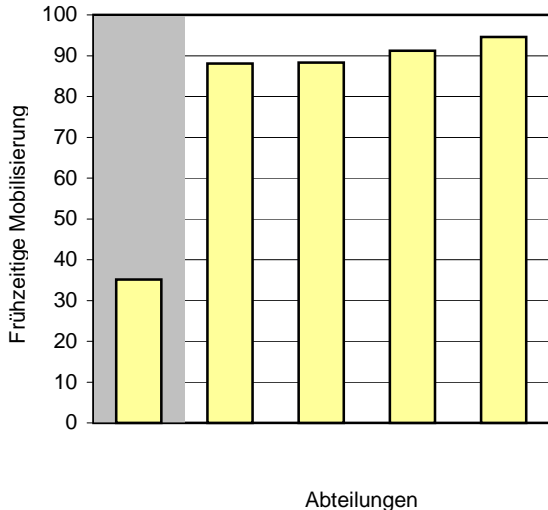
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83290]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 35,1% - 94,6%

Median der Abteilungswerte: 88,3%

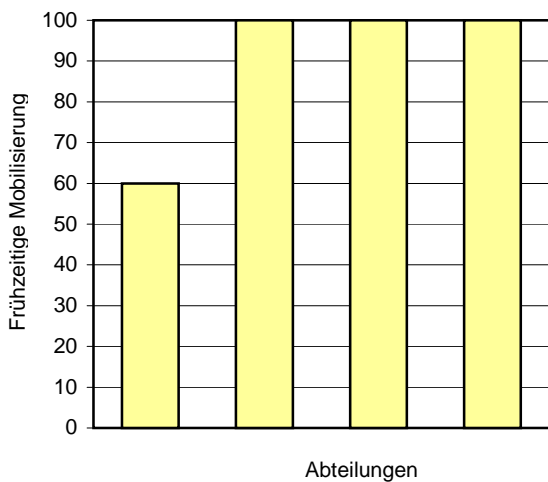


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 60,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83291

Referenzbereich: >= 95%

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			826 / 828	99,8%
Vertrauensbereich				99,1% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

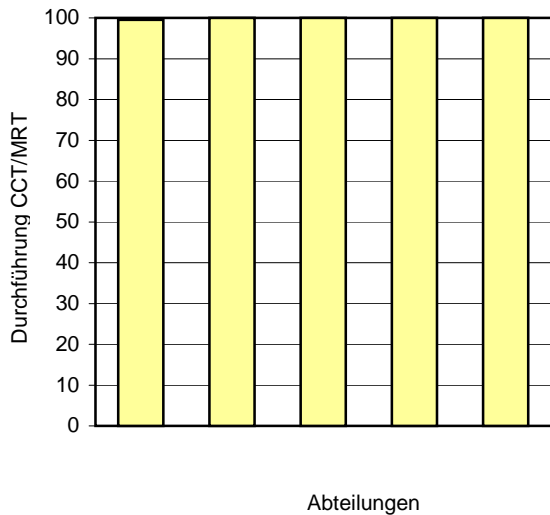
Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.017 / 2.024	99,7%
Vertrauensbereich				99,3% - 99,9%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 99,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%

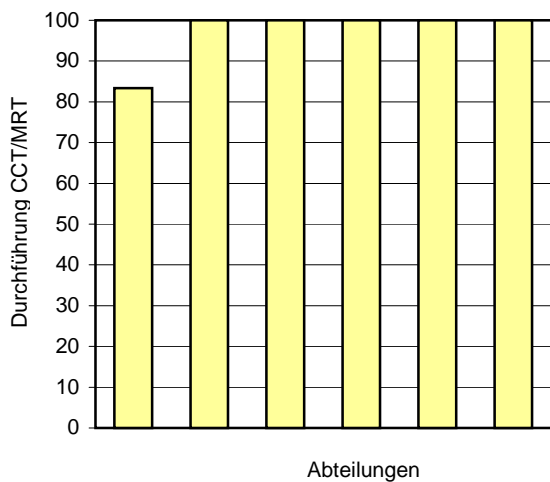


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 83,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83292

Referenzbereich: $\geq 90\%$

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			765 / 789	97,0%
Vertrauensbereich				95,5% - 98,0%
Referenzbereich		$\geq 90\%$		$\geq 90\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.830 / 1.906	96,0%
Vertrauensbereich				95,0% - 96,8%

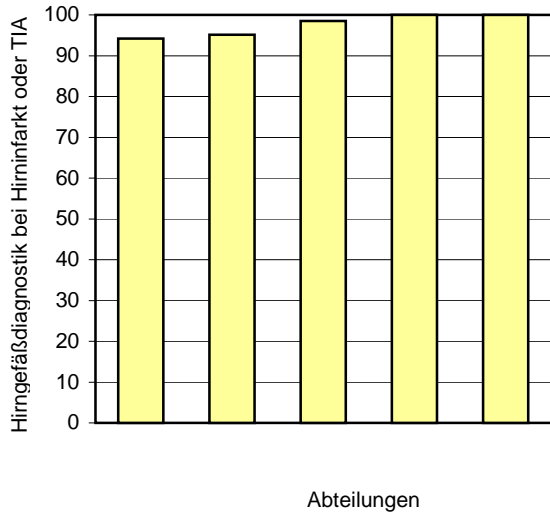
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83292]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,2% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 98,5%

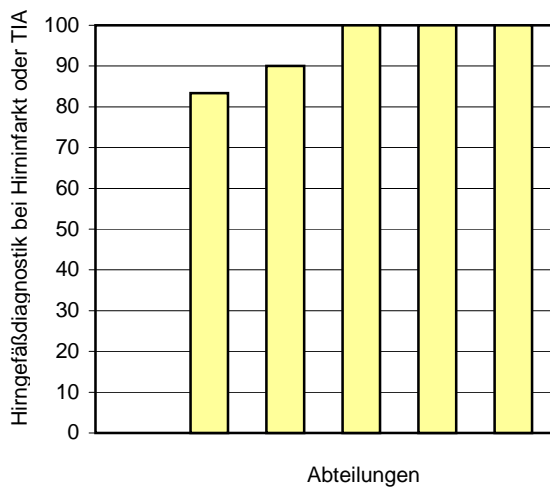


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,0%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.




Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

Kennzahl-ID:
 Gruppe 1: 2011/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2011/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2011/apo_hh/83386

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

	Abteilung 2011 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 25%

	Gesamt 2011 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 273 0,0%	19 / 516 3,7%	5 / 39 12,8%
Vertrauensbereich	0,0% - 1,3%	2,2% - 5,7%	4,2% - 27,6%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 25%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	■	■	■

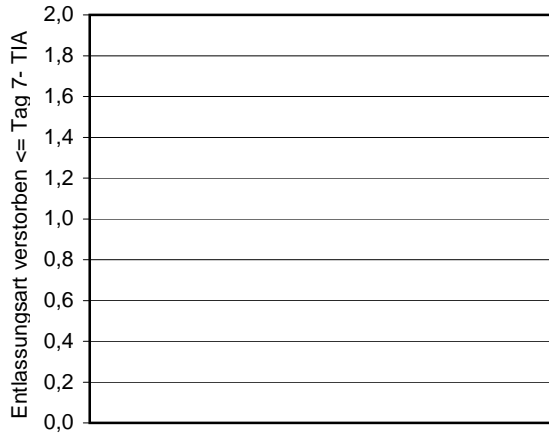
Vorjahresdaten	Gesamt 2010 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 633 0,0% 0,0% - 0,6%	44 / 1.273 3,5% 2,5% - 4,6%	17 / 118 14,4% 8,6% - 22,1%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



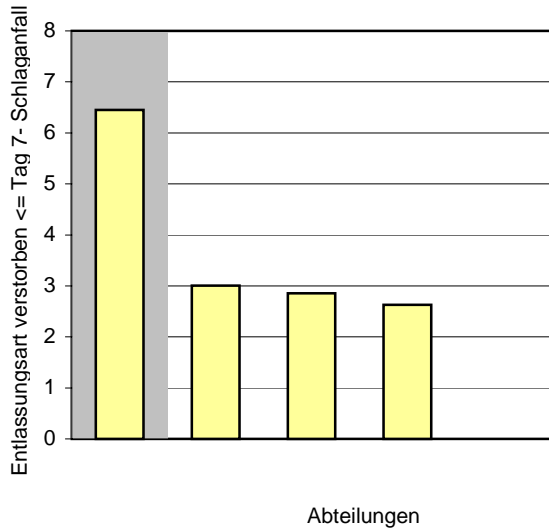
Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

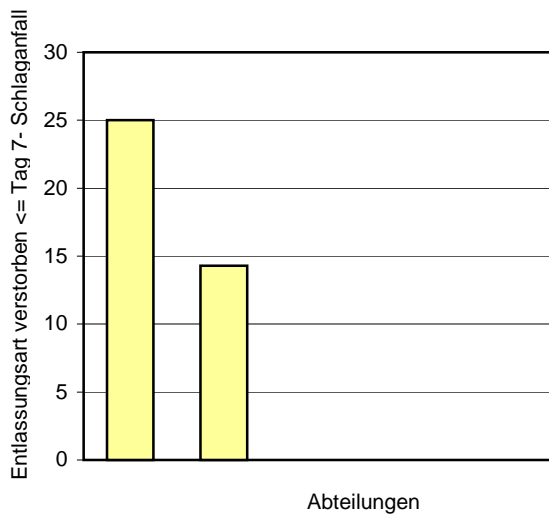
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,5%
Median der Abteilungswerte: 2,9%



5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 25,0%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



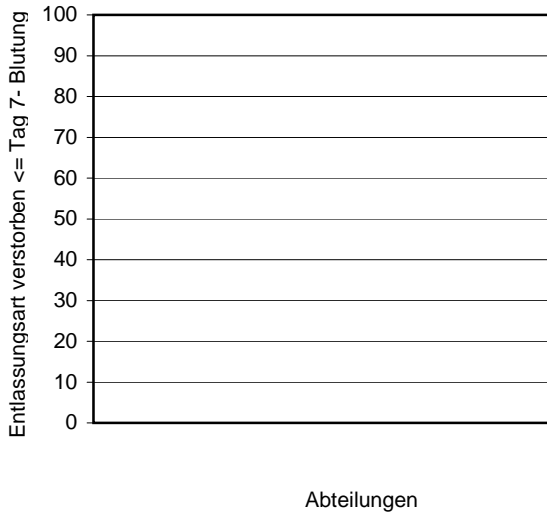
5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

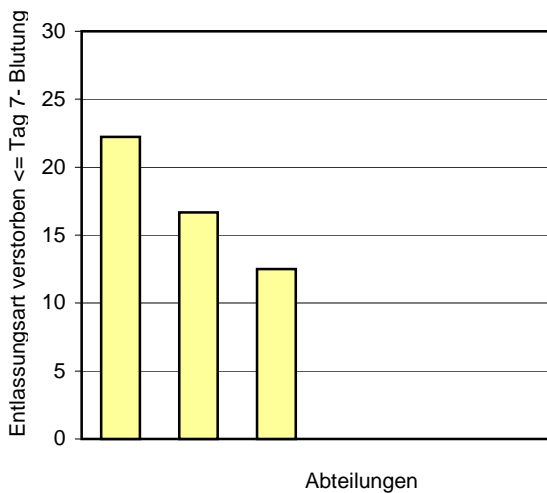
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 22,2%
Median der Abteilungswerte: 6,3%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 60%

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			415 / 475	87,4%
Vertrauensbereich				84,0% - 90,2%
Referenzbereich		>= 60%		>= 60%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			978 / 1.161	84,2%
Vertrauensbereich				82,0% - 86,3%

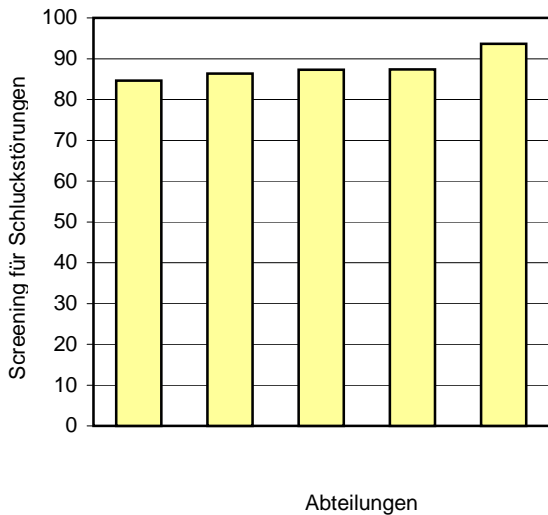
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83294]:

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:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 84,6% - 93,6%

Median der Abteilungswerte: 87,3%

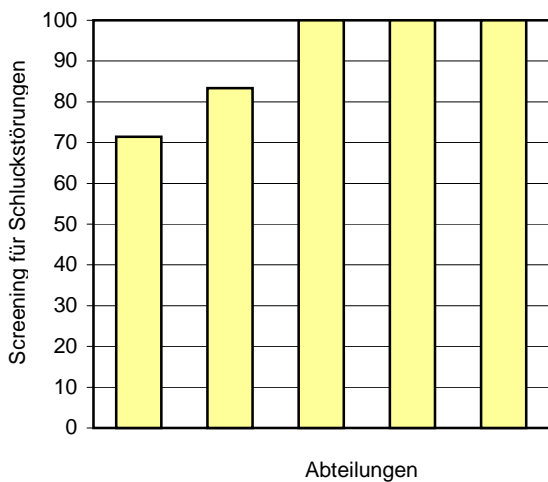


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 71,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83295

Referenzbereich: >= 30%

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			97 / 828	11,7%
> 1 - <= 2 Stunden			110 / 828	13,3%
> 2 - <= 3 Stunden			100 / 828	12,1%
> 3 - <= 3,5 Stunden			25 / 828	3,0%
> 3,5 - <= 4 Stunden			22 / 828	2,7%
> 4 - <= 6 Stunden			70 / 828	8,5%
> 6 - <= 24 Stunden			194 / 828	23,4%
> 24 - <= 48 Stunden			63 / 828	7,6%
> 48 Stunden			91 / 828	11,0%
wake up stroke			23 / 828	2,8%
unbekannt			33 / 828	4,0%
<= 3 Stunden			307 / 828	37,1%
Vertrauensbereich				33,8% - 40,5%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			593 / 2.024	29,3%
Vertrauensbereich				27,3% - 31,3%

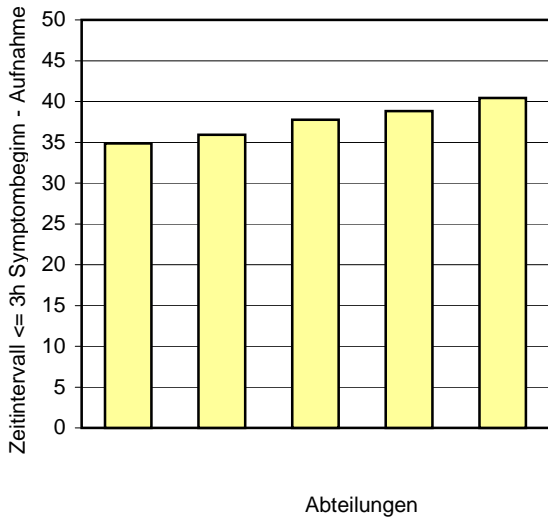
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83295]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 34,8% - 40,4%

Median der Abteilungswerte: 37,8%

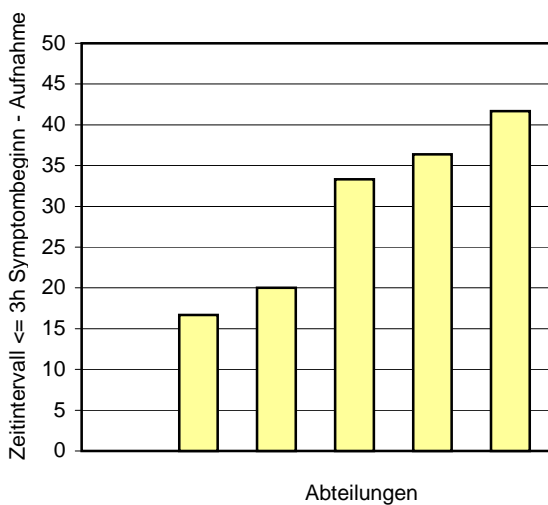


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 41,7%

Median der Abteilungswerte: 26,7%







6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/apo_hh/83303	
	Gruppe 2:	2011/apo_hh/83307	
	Gruppe 3:	2011/apo_hh/103491	
	Gruppe 4:	2011/apo_hh/103499	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	≥ 60%	
	Gruppe 2:	≥ 60%	
	Gruppe 3:	≥ 60%	
	Gruppe 4:	≥ 60%	

	Abteilung 2011 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
> 30 - 60 Minuten				
> 1 bis 3 Stunden				
> 3 bis 6 Stunden				
> 6 Stunden				
1. Bildgebung vor Aufnahme				
keine Bildgebung erfolgt				

	Gesamt 2011 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	86 / 179 48,0%	18 / 67 26,9%	92 / 206 44,7%	12 / 40 30,0%
<= 60 Minuten	155 / 179 86,6%	47 / 67 70,1%	177 / 206 85,9%	25 / 40 62,5%
Vertrauensbereich Referenzbereich	80,7% - 91,2% >= 60%	57,7% - 80,8% >= 60%	80,4% - 90,4% >= 60%	45,7% - 77,4% >= 60%
> 30 - 60 Minuten	69 / 179 38,5%	29 / 67 43,3%	85 / 206 41,3%	13 / 40 32,5%
> 1 bis 3 Stunden	19 / 179 10,6%	16 / 67 23,9%	23 / 206 11,2%	12 / 40 30,0%
> 3 bis 6 Stunden	3 / 179 1,7%	3 / 67 4,5%	4 / 206 1,9%	2 / 40 5,0%
> 6 Stunden	2 / 179 1,1%	0 / 67 0,0%	2 / 206 1,0%	0 / 40 0,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme	0 / 179 0,0%	1 / 67 1,5%	0 / 206 0,0%	1 / 40 2,5%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 179 0,0%	0 / 67 0,0%	0 / 206 0,0%	0 / 40 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2010 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 60 Minuten	314 / 353 89,0%	203 / 256 79,3%	402 / 466 86,3%	115 / 143 80,4%
Vertrauensbereich	85,2% - 92,0%	73,8% - 84,1%	82,8% - 89,3%	72,9% - 86,6%

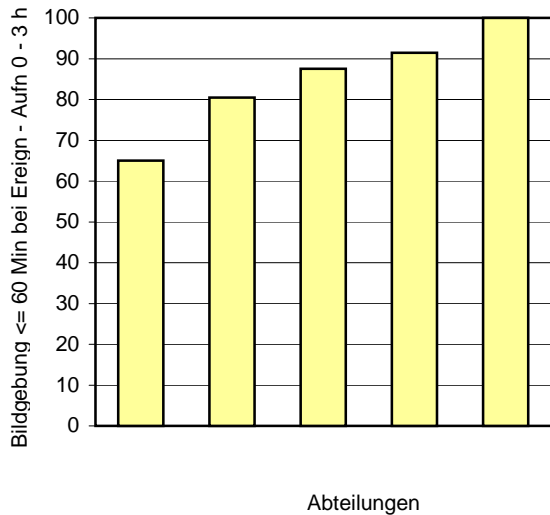
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83303]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 65,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 87,5%

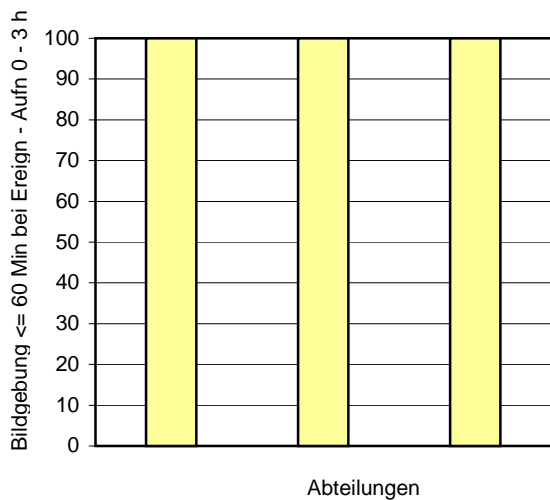


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 100,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

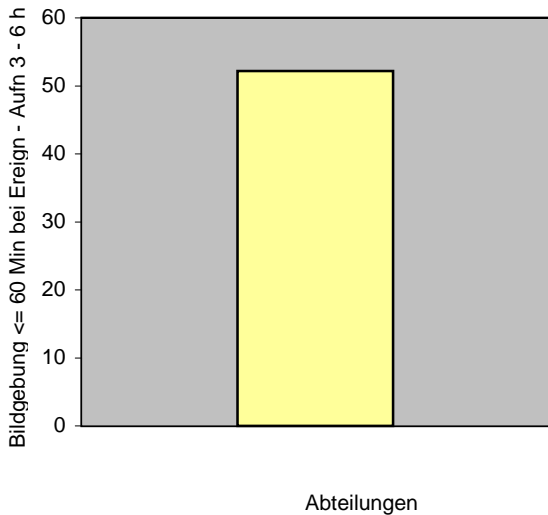
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83307]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 52,2% - 52,2%

Median der Abteilungswerte: 52,2%

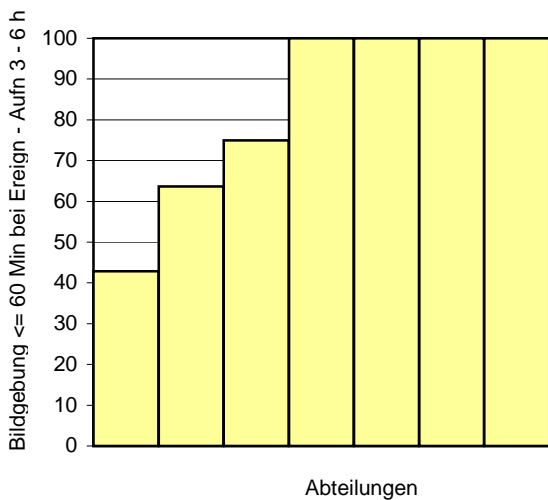


1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 42,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

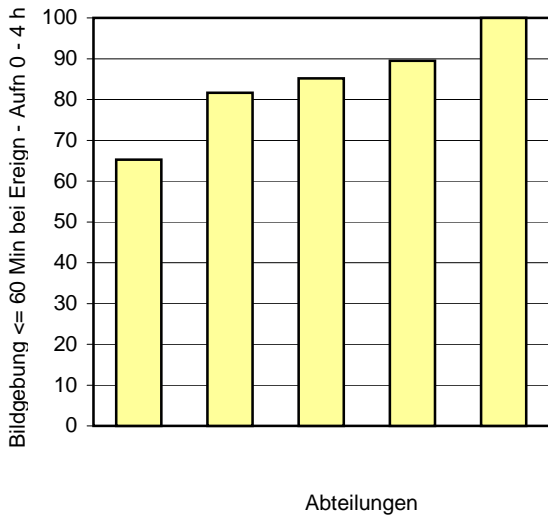
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103491]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 65,2% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 85,2%

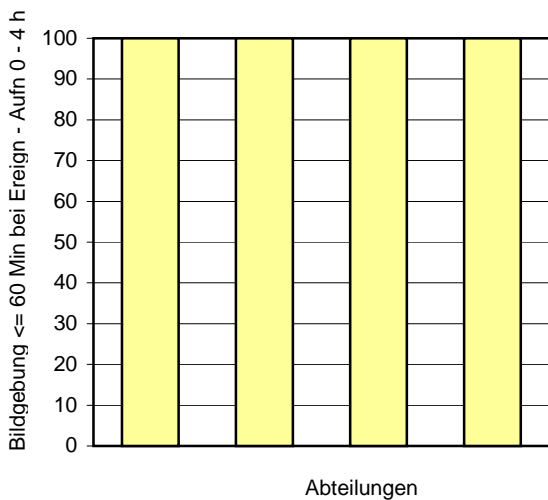


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 100,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

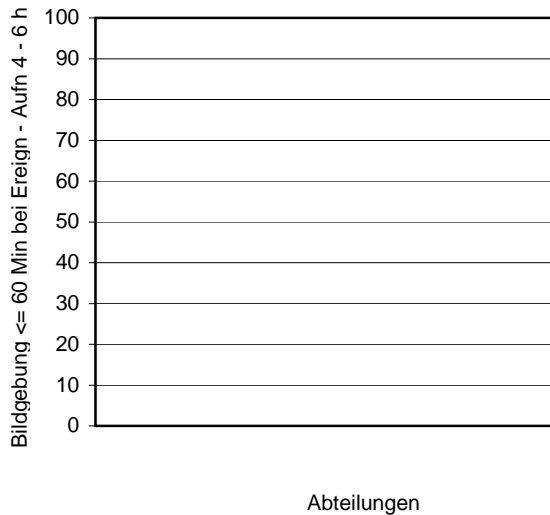
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103499]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

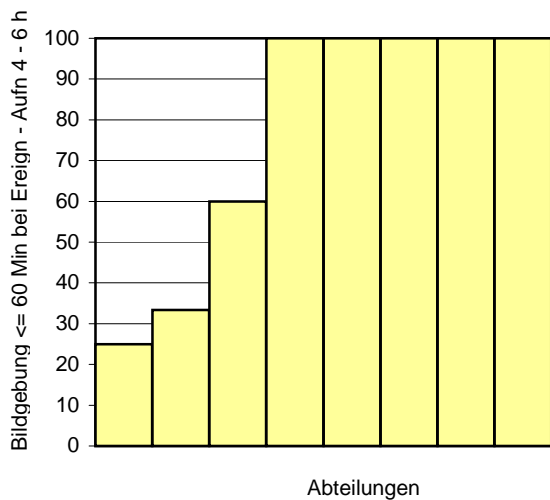


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 25,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%







8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2011/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2011/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2011/apo_hh/103507	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	$\geq 30\%$	
	Gruppe 2:	$\geq 4\%$	
	Gruppe 3:	$\geq 25\%$	
	Gruppe 4:	$\geq 4\%$	

Abteilung 2011 III. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	$\geq 30\%$	$\geq 4\%$	$\geq 25\%$	$\geq 4\%$

Gesamt 2011 III. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	54 / 92 58,7%	5 / 23 21,7%	58 / 104 55,8%	1 / 11 9,1%
Vertrauensbereich	47,9% - 68,9%	7,4% - 43,8%	45,7% - 65,5%	0,2% - 41,3%
Referenzbereich	$\geq 30\%$	$\geq 4\%$	$\geq 25\%$	$\geq 4\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	103 / 172 59,9%	23 / 114 20,2%	120 / 227 52,9%	6 / 59 10,2%
	52,1% - 67,3%	13,2% - 28,8%	46,1% - 59,5%	3,8% - 21,0%

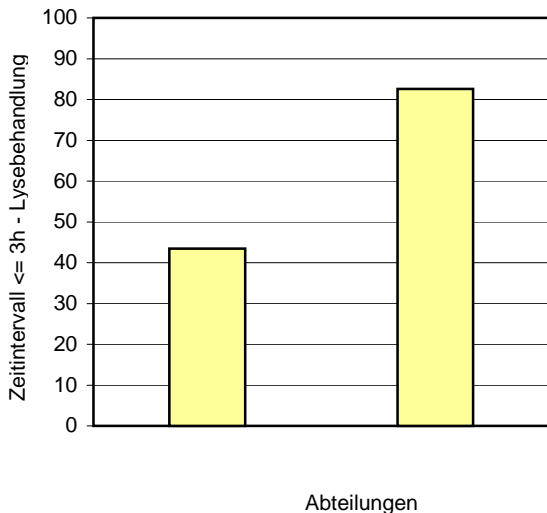
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83311]:

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:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 43,5% - 82,6%

Median der Abteilungswerte: 63,0%

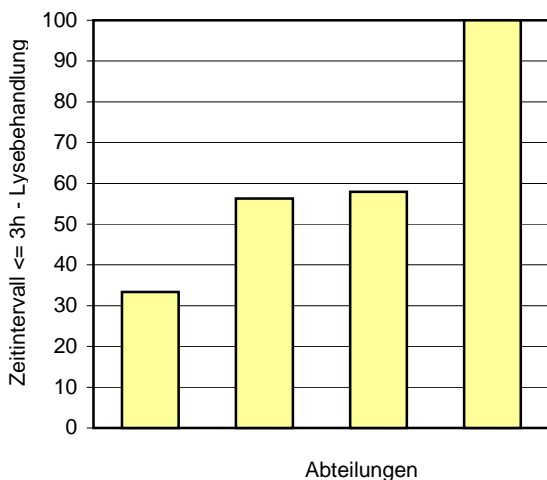


2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 33,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 57,1%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

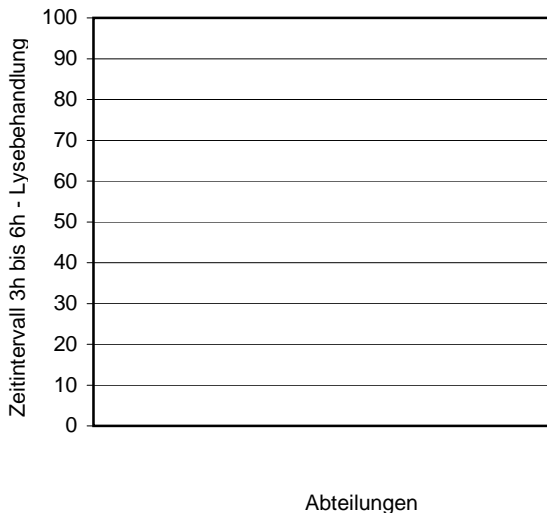
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83312]:

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:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

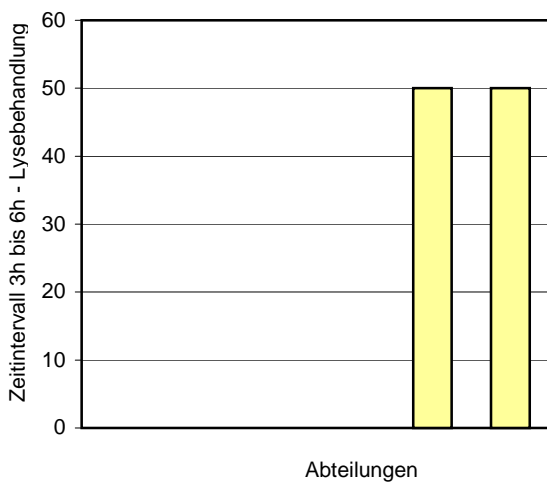


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 50,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

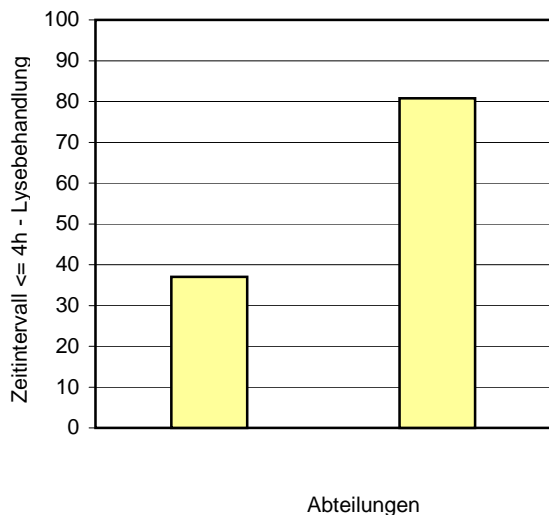
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103506]:

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:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 37,0% - 80,8%

Median der Abteilungswerte: 58,9%

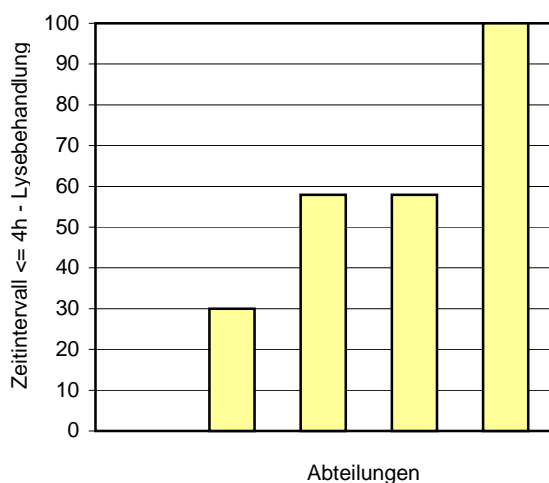


2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 57,9%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

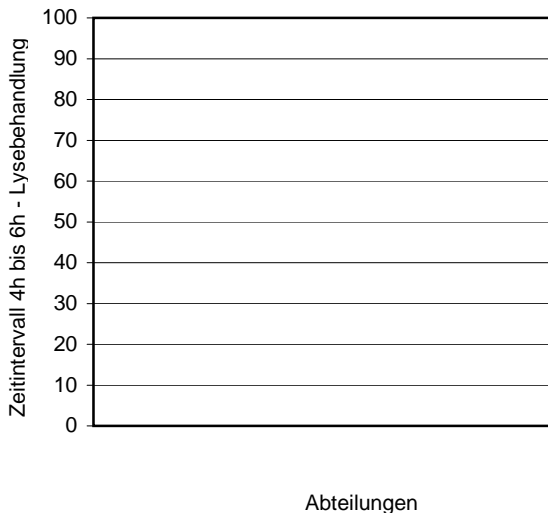
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Kennzahl-ID 2011/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:

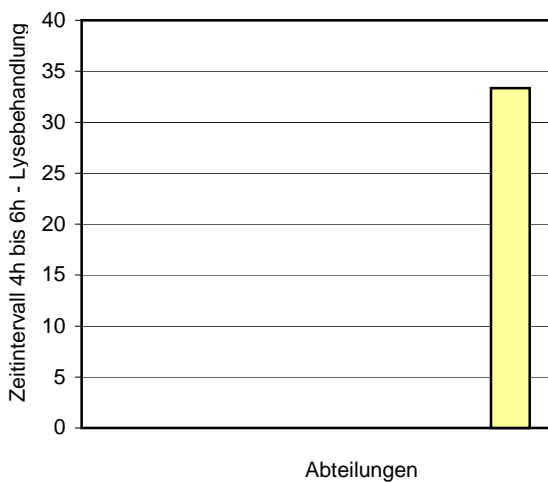
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 33,3%
Median der Abteilungswerte: 0,0%







6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 4 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/apo_hh/83313	
	Gruppe 2:	2011/apo_hh/83320	
	Gruppe 3:	2011/apo_hh/103509	
	Gruppe 4:	2011/apo_hh/103518	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	≥ 70%	
	Gruppe 2:	≥ 60%	
	Gruppe 3:	≥ 70%	
	Gruppe 4:	≥ 60%	

	Abteilung 2011 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	≥ 70%	≥ 60%	≥ 70%	≥ 60%
> 30 - 60 Minuten				
> 1 - 2 Stunden				
> 2 - 3 Stunden				
> 3 - 4 Stunden				
> 4 - 6 Stunden				
> 6 Stunden				
keine Lyse durchgeführt				

	Gesamt 2011 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolysen				
<= 30 Minuten	11 / 61 18,0%	0 / 6 0,0%	11 / 66 16,7%	0 / 1 0,0%
<= 60 Minuten	49 / 61 80,3%	5 / 6 83,3%	53 / 66 80,3%	1 / 1 100,0%
Vertrauensbereich	68,1% - 89,5%	35,8% - 99,6%	68,6% - 89,1%	2,5% - 100,0%
Referenzbereich	>= 70%	>= 60%	>= 70%	>= 60%
> 30 - 60 Minuten	38 / 61 62,3%	5 / 6 83,3%	42 / 66 63,6%	1 / 1 100,0%
> 1 - 2 Stunden	10 / 61 16,4%	1 / 6 16,7%	11 / 66 16,7%	0 / 1 0,0%
> 2 - 3 Stunden	2 / 61 3,3%	0 / 6 0,0%	2 / 66 3,0%	0 / 1 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 61 0,0%	0 / 6 0,0%	0 / 66 0,0%	0 / 1 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 61 0,0%	0 / 6 0,0%	0 / 66 0,0%	0 / 1 0,0%
> 6 Stunden	0 / 61 0,0%	0 / 6 0,0%	0 / 66 0,0%	0 / 1 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 61 0,0%	0 / 6 0,0%	0 / 66 0,0%	0 / 1 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

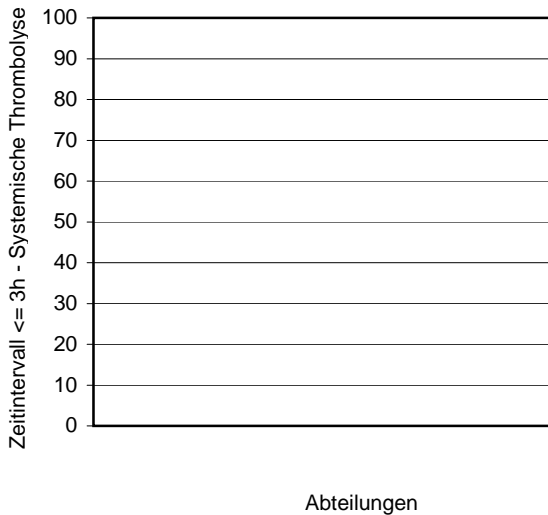
Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 60 Minuten	102 / 112 91,1%	20 / 21 95,2%	118 / 128 92,2%	4 / 5 80,0%
Vertrauensbereich	84,1% - 95,7%	76,1% - 99,9%	86,1% - 96,2%	28,3% - 99,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83313]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

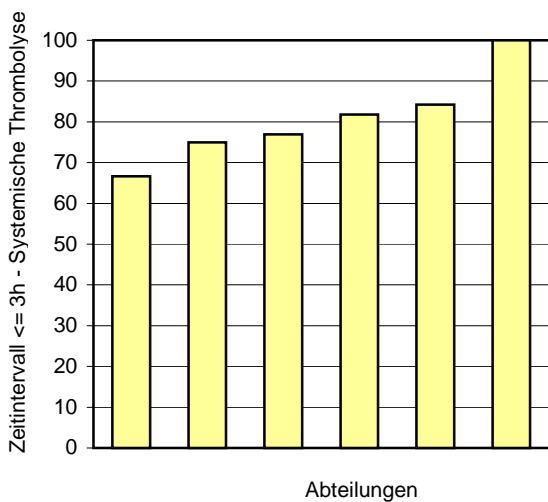
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 66,7% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 79,4%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

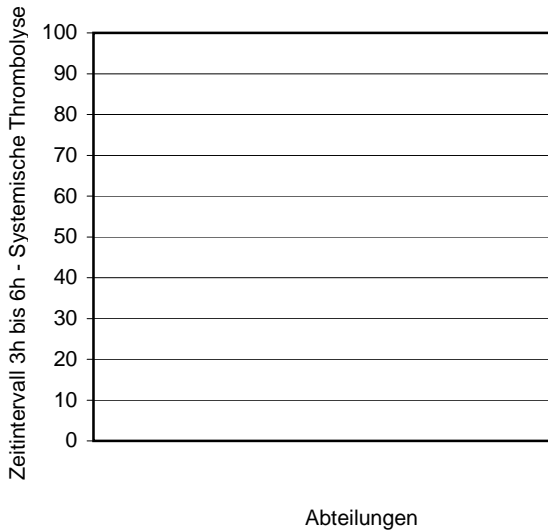
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83320]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse \leq 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:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

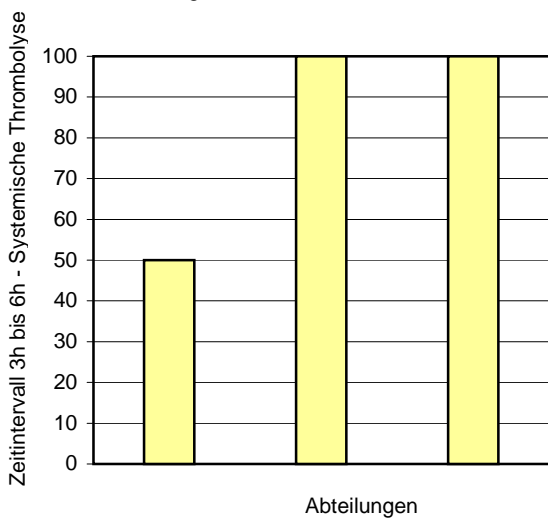


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 50,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

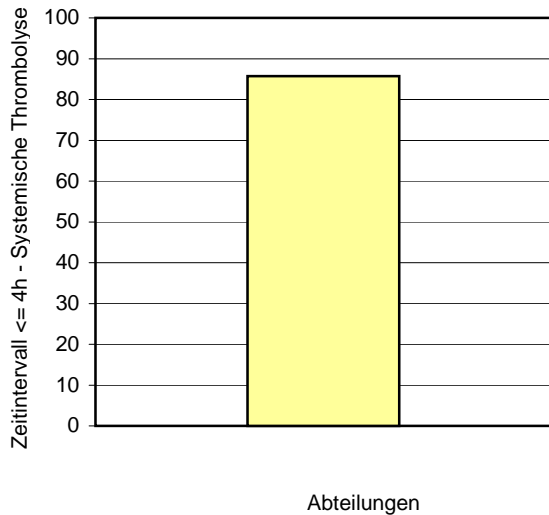
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103509]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 85,7% - 85,7%

Median der Abteilungswerte: 85,7%

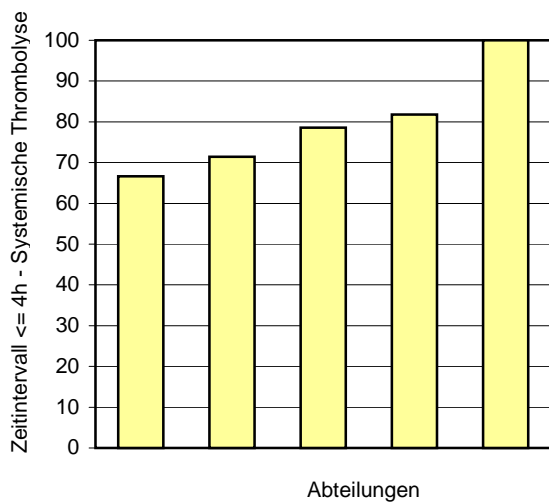


1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 66,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 78,6%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

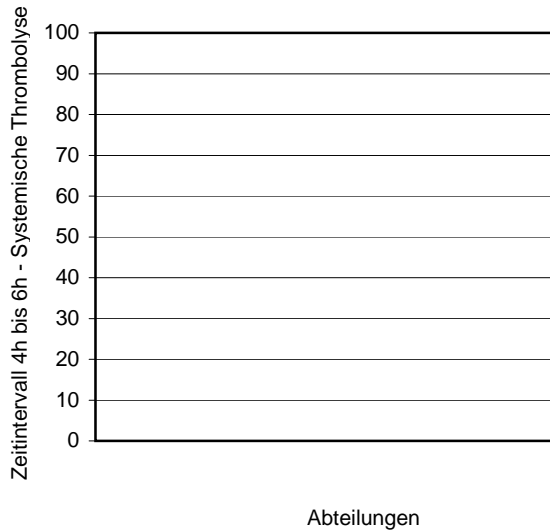
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103518]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse \leq 60 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis bis Aufnahme $>$ 4 bis 6 Stunden sowie systemischer Thrombolysen (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

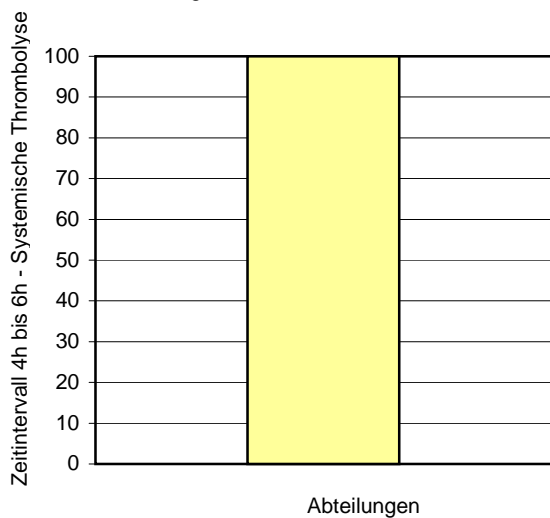


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 100,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%





1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

10 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83372
Referenzbereich: >= 30%

	Abteilung 2011 III. Qu.	Gesamt 2011 III. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		407 / 828 49,2%
Vertrauensbereich		45,7% - 52,6%
Referenzbereich	>= 30%	>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 III. Qu.	Gesamt 2010 III. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.013 / 2.024 50,0%
Vertrauensbereich		47,8% - 52,3%

Abteilung 2011 III. Qu.

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

Gesamt 2011 III. Qu.

	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	128 15,5%	78 9,4%	60 7,2%	18 2,2%	8 1,0%	0 0,0%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	8 1,0%	56 6,8%	70 8,5%	36 4,3%	12 1,4%	5 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,6%	5 0,6%	50 6,0%	45 5,4%	14 1,7%	5 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,2%	6 0,7%	33 4,0%	29 3,5%	11 1,3%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,1%	1 0,1%	8 1,0%	27 3,3%	16 1,9%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	4 0,5%	2 0,2%	7 0,8%	42 5,1%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	2 0,2%	6 0,7%	27 3,3%
	Rankin bei Entlassung					

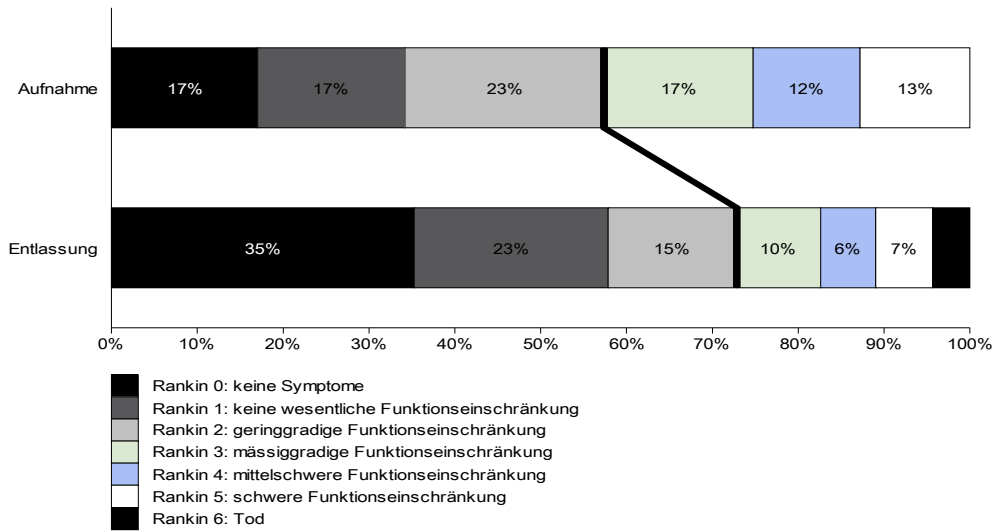
**Vorjahresdaten
Abteilung 2010 III. Qu.**

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

**Vorjahresdaten
Gesamt 2010 III. Qu.**

	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	272 13,4%	183 9,0%	107 5,3%	49 2,4%	17 0,8%	5 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	34 1,7%	123 6,1%	143 7,1%	72 3,6%	25 1,2%	15 0,7%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,2%	19 0,9%	99 4,9%	142 7,0%	51 2,5%	11 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	0 0,0%	19 0,9%	91 4,5%	96 4,7%	23 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	0 0,0%	8 0,4%	20 1,0%	78 3,9%	74 3,7%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	0 0,0%	3 0,1%	6 0,3%	14 0,7%	117 5,8%
6 Tod	1 0,0%	0 0,0%	5 0,2%	13 0,6%	12 0,6%	66 3,3%
	Rankin bei Entlassung					

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



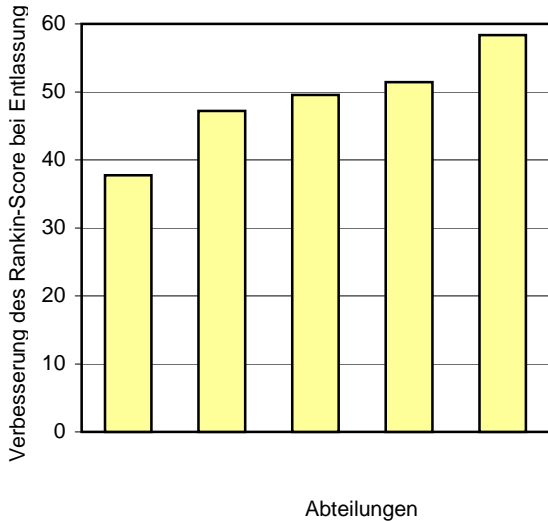
Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 37,8% - 58,3%

Median der Abteilungswerte: 49,5%

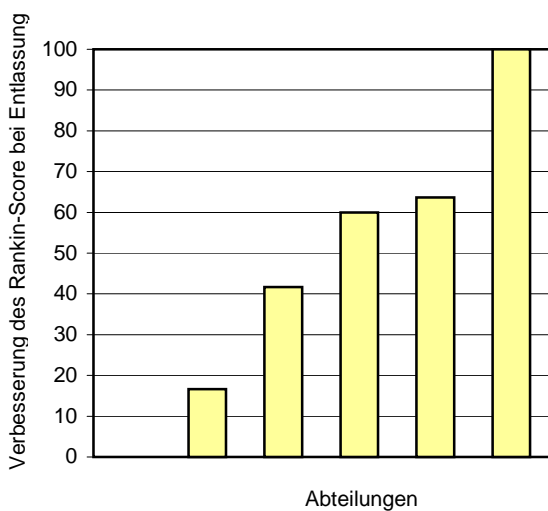


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 50,8%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	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			987	100,0	2.487	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			987		2.487	

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

Patienten

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			828		2.024	
Median				74,0		75,0
Geschlecht						
männlich			404	48,8	983	48,6
weiblich			424	51,2	1.041	51,4

Aufnahme

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			615	74,3	1.556	76,9
Sonnabend oder Sonntag			213	25,7	468	23,1
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			401	48,4	994	49,1
nein			425	51,3	1.009	49,9
nicht bestimmbar			2	0,2	21	1,0
Sprachstörung						
ja			195	23,6	502	24,8
nein			624	75,4	1.483	73,3
nicht bestimmbar			9	1,1	39	1,9
Sprechstörung						
ja			254	30,7	678	33,5
nein			559	67,5	1.285	63,5
nicht bestimmbar			15	1,8	61	3,0
Schluckstörung						
ja			135	16,3	382	18,9
nein			670	80,9	1.579	78,0
nicht bestimmbar			23	2,8	63	3,1
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			774	93,5	1.858	91,8
somnolent-stuporös			42	5,1	134	6,6
komatös			12	1,4	32	1,6
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			97	11,7	142	7,0
> 1 - <= 2 Stunden			110	13,3	238	11,8
> 2 - <= 3 Stunden			100	12,1	213	10,5
> 3 - <= 3,5 Stunden			25	3,0	100	4,9
> 3,5 - <= 4 Stunden			22	2,7	75	3,7
> 4 - <= 6 Stunden			70	8,5	233	11,5
> 6 - <= 24 Stunden			194	23,4	398	19,7
> 24 - <= 48 Stunden			63	7,6	152	7,5
> 48 Stunden			91	11,0	223	11,0
unbekannt			33	4,0	146	7,2
wake up stroke			23	2,8	104	5,1

Diagnostik

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			764	92,3	1.907	94,2
Bildgebung-MRT nach Ereignis			467	56,4	1.273	62,9
Frische Läsion in der Bildgebung			443	53,5	1.135	56,1
Schlucktest nach Protokoll			657	79,3	1.603	79,2
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			112	13,5	215	10,6
>= 1 - 24 Stunden			192	23,2	516	25,5
> 24 Stunden			524	63,3	1.293	63,9
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			791	95,5	1.902	94,0
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			775	93,6	1.860	91,9
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			160	19,3	454	22,4
früherer Schlaganfall			227	27,4	618	30,5
Vorhofflimmern			195	23,6	487	24,1
Komplikationen						
keine Komplikationen			711		1.747	
Pneumonie			52		125	
erhöhter Hirndruck			17		51	
andere Komplikationen			63		172	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2011¹

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			516	62,3	1.273	62,9
TIA			273	33,0	633	31,3
ICB			39	4,7	118	5,8
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			127	15,3	361	17,8
gelegentlicher Verlust			88	10,6	263	13,0
kontinent			613	74,0	1.400	69,2
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			144	17,4	400	19,8
grosse Unterstützung			68	8,2	223	11,0
geringe Unterstützung			129	15,6	329	16,3
vollständig selbstständig			487	58,8	1.072	53,0
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			161	19,4	472	23,3
grosse Unterstützung			95	11,5	263	13,0
geringe Unterstützung			153	18,5	362	17,9
vollständig selbstständig			419	50,6	927	45,8
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			96	11,6	240	11,9
gelegentlicher Verlust			56	6,8	245	12,1
kontinent			640	77,3	1.442	71,2
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			65	7,9	172	8,5
grosse Unterstützung			49	5,9	169	8,3
geringe Unterstützung			76	9,2	239	11,8
vollständig selbstständig			602	72,7	1.347	66,6
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			85	10,3	240	11,9
grosse Unterstützung			52	6,3	173	8,5
geringe Unterstützung			97	11,7	296	14,6
vollständig selbstständig			558	67,4	1.218	60,2

Rankin Skala

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			141	17,0	318	15,7
Rankin 1			142	17,1	325	16,1
Rankin 2			192	23,2	384	19,0
Rankin 3			144	17,4	393	19,4
Rankin 4			103	12,4	293	14,5
Rankin 5			106	12,8	311	15,4
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			292	35,3	633	31,3
Rankin 1			187	22,6	412	20,4
Rankin 2			124	15,0	327	16,2
Rankin 3			81	9,8	233	11,5
Rankin 4			53	6,4	181	8,9
Rankin 5			55	6,6	141	7,0
Tod			36	4,3	97	4,8

Rehabilitation

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			541	65,3	1.265	62,5
> Tag 2 nach Aufnahme			10	1,2	37	1,8
keine			277	33,5	722	35,7
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			726	87,7	1.786	88,2
> Tag 2 nach Aufnahme			22	2,7	73	3,6
keine			80	9,7	165	8,2
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			680	82,1	1.610	79,5
> Tag 2 nach Aufnahme			9	1,1	60	3,0
keine			139	16,8	354	17,5

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			168	20,3	388	19,2
Beatmung			20	2,4	60	3,0
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			679	82,0	1.674	82,7
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			651	78,6	1.579	78,0
Thromboseprophylaxe			774	93,5	1.898	93,8

Entlassung

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/Prävention			821	99,2	1.989	98,3
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			588	71,0	1.665	82,3
Entlassungsart						
verstorben			36	4,3	97	4,8
nach Hause			494	59,7	1.129	55,8
Pflegeeinrichtung/Heim			42	5,1	160	7,9
andere Abteilung			23	2,8	87	4,3
externe (Akut)Klinik			17	2,1	46	2,3
Reha-Klinik			216	26,1	505	25,0
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			828	100,0	2.024	100,0
Mittelwert				7,7		8,9
Median				6,0		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			72	8,7	145	7,2
Lyse i.a.			10	1,2	20	1,0
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			12	1,4	28	1,4
> 30 - <= 60 Minuten			47	5,7	106	5,2
> 1 - <= 2 Stunden			14	1,7	13	0,6
> 2 - <=3 Stunden			2	0,2	1	0,0
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	3	0,1
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	1	0,0
keine Lyse durchgeführt			753	90,9	1.872	92,5
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			227	27,4	738	36,5
> 30 - <= 60 Minuten			273	33,0	731	36,1
> 1 - <= 3 Stunden			238	28,7	374	18,5
> 3 - <= 6 Stunden			50	6,0	71	3,5
> 6 Stunden			19	2,3	44	2,2
1. Bildgebung vor Aufnahme			19	2,3	59	2,9
keine Bildgebung erfolgt			2	0,2	7	0,3
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			470	56,8	1.053	52,0
3 - 8 (mittel)			233	28,1	613	30,3
9 - 20 (schwerwiegend)			75	9,1	275	13,6
> 20 (sehr schwerwiegend)			33	4,0	57	2,8
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			554	66,9	1.213	59,9
Hypercholesterinämie			327	39,5	731	36,1
keine Angabe			151	18,2	556	27,5
Sekundärprophylaxe						
Statine			486	58,7	935	46,2
Antihypertensiva			554	66,9	1.169	57,8
Antidiabetika			109	13,2	270	13,3
keine Angabe			151	18,2	583	28,8
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			559	67,5	1.182	58,4
Pflege zu Hause			63	7,6	147	7,3
Pflege in Institution			43	5,2	157	7,8
keine Angabe			163	19,7	538	26,6

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 2011.

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

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2011 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2010 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 2010 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2011 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

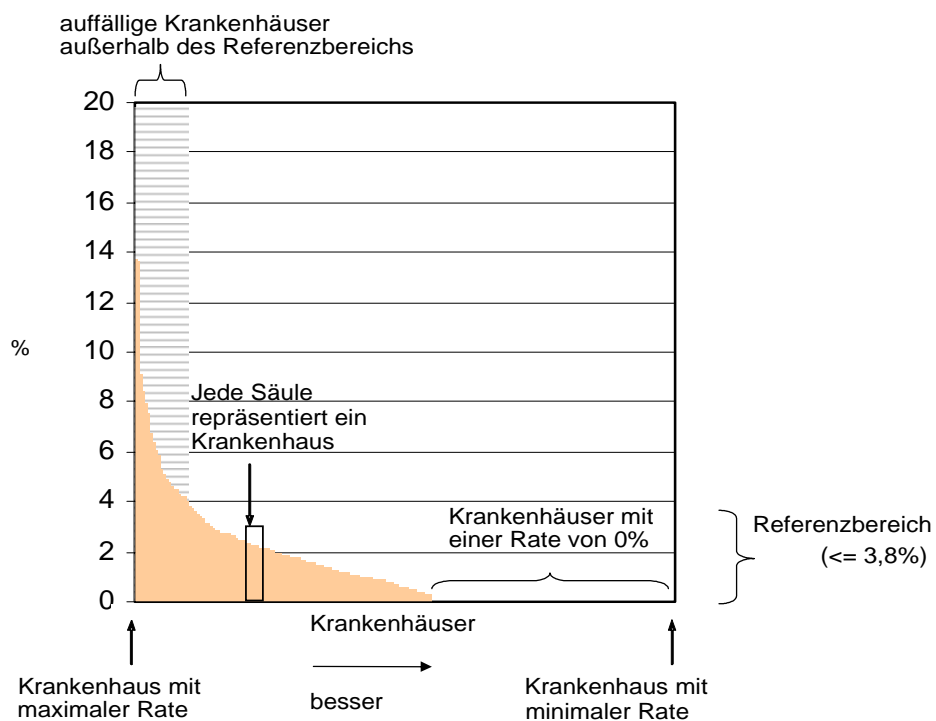
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS-Institut / BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit

BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
Standort Hamburg
Wendenstrasse 309
D-20537 Hamburg