

# Auswertung 1. Quartal 2012 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 11  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.147  
Datensatzversion: apo\_hh 2012 2.0  
Datenbankstand: 02. Mai 2012  
2012 - D11512-L76786-P36178

**BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH**

Standort Düsseldorf  
Kanzlerstr. 4  
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg  
Wendenstr. 309  
D-20537 Hamburg

Kontakt:  
Tel.: 040 / 25 40 78-40  
E-Mail: [info-hh@bqs-institut.de](mailto:info-hh@bqs-institut.de)  
URL: [www.bqs-institut.de](http://www.bqs-institut.de)

## Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 2012 im I. Quartal stationär aufgenommen wurden.

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)</b>			79,6%	>= 45%	1.1
<b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			89,9%	>= 75%	1.3
<b>QI 3: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			88,4%	>= 65%	1.5
<b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			95,9%	>= 90%	1.7
<b>QI 5: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,5%	>= 90%	1.9
<b>QI 6: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			81,7%	>= 55%	1.11
<b>QI 7: Frühzeitige Mobilisierung</b>			87,9%	>= 70%	1.13
<b>QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall</b>			99,8%	>= 95%	1.15

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA</b>			96,8%	>= 90%	1.17
<b>QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall</b>					
bei Patienten mit TIA			0,2%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			3,8%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			25,4%	<= 25%	1.19
<b>QI 11: Screening für Schluckstörungen</b>			84,2%	>= 60%	1.24
<b>QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			38,0%	>= 30%	1.26
<b>QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme</b>					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			89,6%	>= 60%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			81,0%	>= 60%	1.28
0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			88,9%	>= 60%	1.28
> 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			80,4%	>= 60%	1.28

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 14: Thrombolyserate</b>					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25			57,4%	>= 30%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			15,6%	>= 4%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			54,3%	>= 25%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			13,0%	>= 4%	1.35
<b>QI 15: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time</b>					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			82,0%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			90,0%	>= 60%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			82,5%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			83,3%	>= 60%	1.41
<b>QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>			50,2%	>= 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:** 2012/apo\_hh/83254

**Referenzbereich:** >= 45%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.314 / 1.650	79,6% 77,6% - 81,6% >= 45%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			1.712 / 1.990	86,0% 84,4% - 87,5%

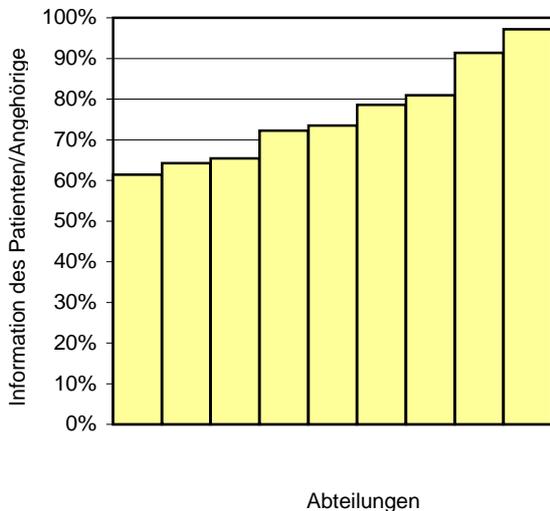
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83254]:**

**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: 61,4% - 97,2%

Median der Abteilungswerte: 73,5%

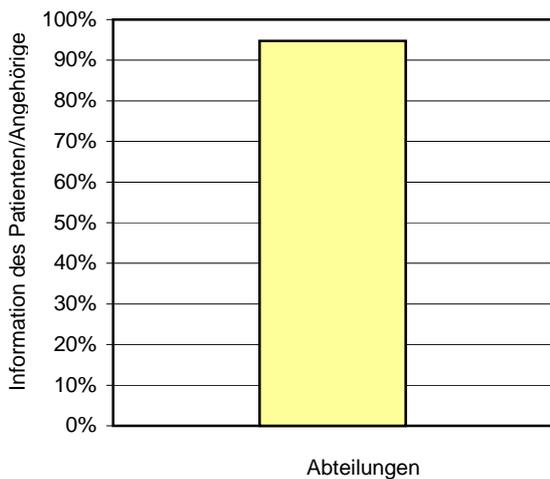


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,7% - 94,7%

Median der Abteilungswerte: 94,7%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat 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:** 2012/apo\_hh/83284

**Referenzbereich:**  $\geq 75\%$

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			535 / 595	89,9%
Vertrauensbereich				87,2% - 92,2%
Referenzbereich		$\geq 75\%$		$\geq 75\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			650 / 705	92,2%
Vertrauensbereich				90,0% - 94,1%

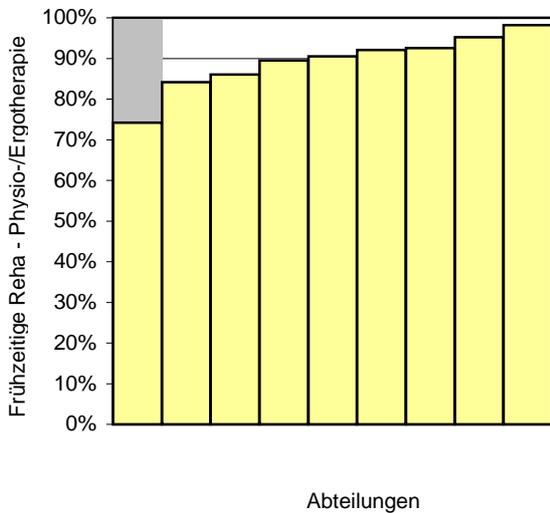
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83284]:**

**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: 74,2% - 98,2%

Median der Abteilungswerte: 90,5%

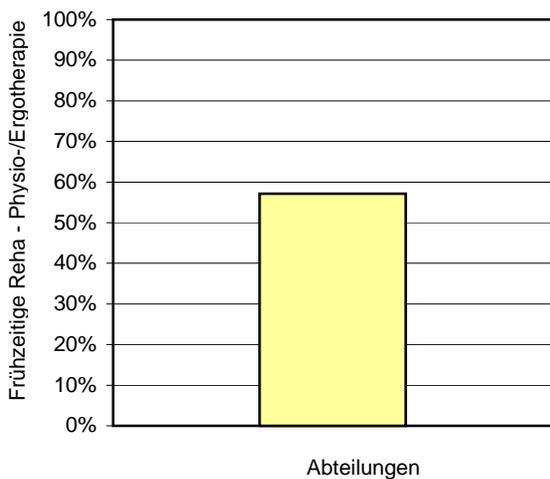


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 57,1% - 57,1%

Median der Abteilungswerte: 57,1%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

**Kennzahl-ID:** 2012/apo\_hh/83285

**Referenzbereich:** >= 65%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			584 / 661	88,4%
Vertrauensbereich				85,7% - 90,7%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			705 / 776	90,9%
Vertrauensbereich				88,6% - 92,8%

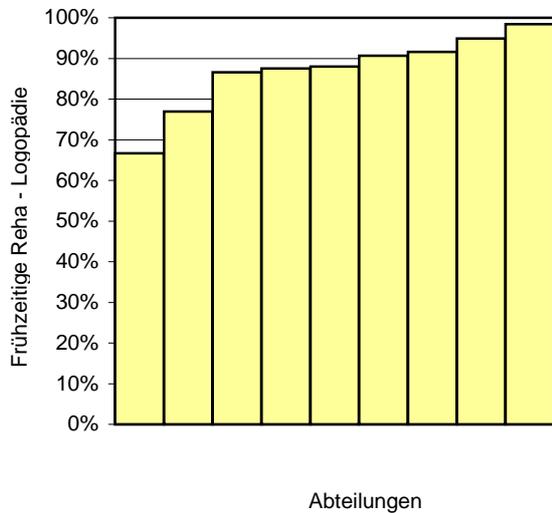
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83285]:**

**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:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 66,7% - 98,4%

Median der Abteilungswerte: 88,0%

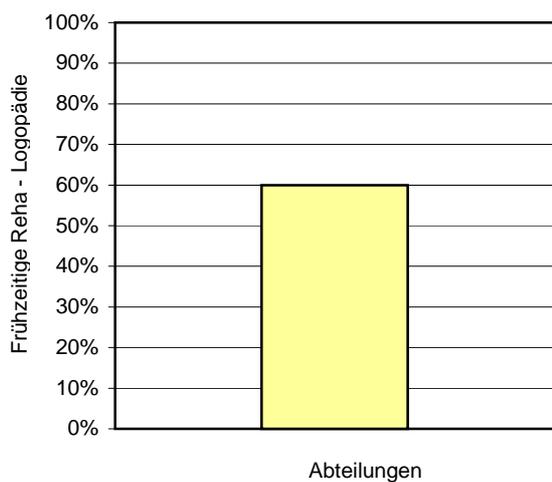


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 60,0%



1 Abteilung hat 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:** 2012/apo\_hh/83286

**Referenzbereich:** >= 90%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			938 / 978	95,9%
Vertrauensbereich				94,5% - 97,1%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.188 / 1.225	97,0%
Vertrauensbereich				95,9% - 97,9%

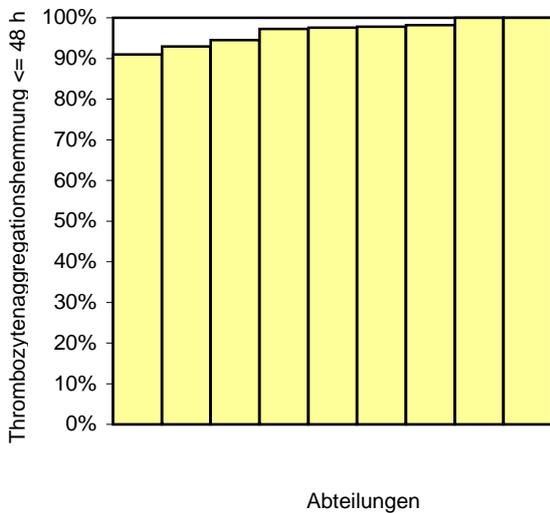
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83286]:**

**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: 91,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,6%

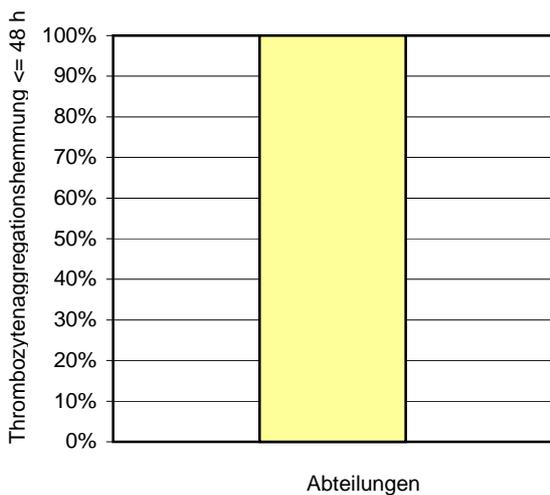


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat 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:** 2012/apo\_hh/83287

**Referenzbereich:** >= 90%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.179 / 1.247	94,5%
Vertrauensbereich				93,1% - 95,7%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.495 / 1.561	95,8%
Vertrauensbereich				94,6% - 96,7%

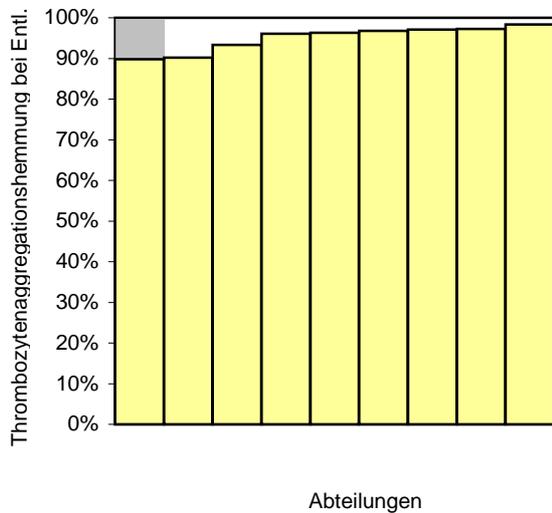
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83287]:**

**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: 89,8% - 98,4%

Median der Abteilungswerte: 96,4%

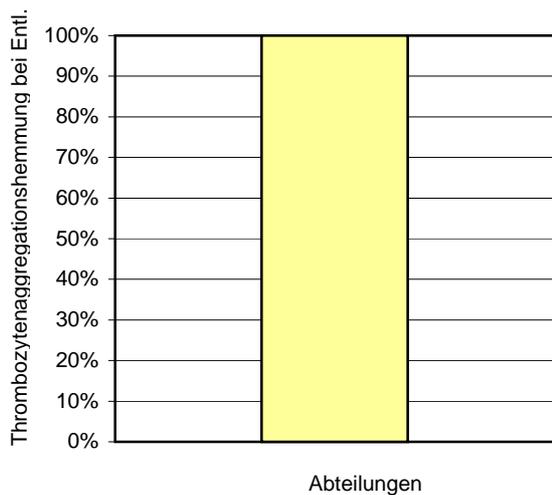


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat 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:** 2012/apo\_hh/83288

**Referenzbereich:** >= 55%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			192 / 235	81,7%
Vertrauensbereich				76,1% - 86,4%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			200 / 293	68,3%
Vertrauensbereich				62,6% - 73,6%

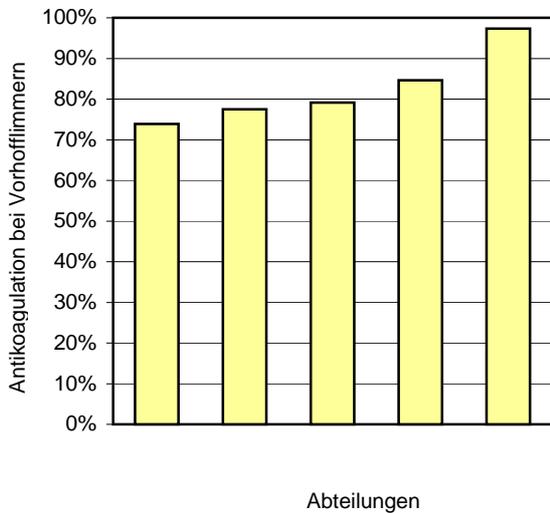
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83288]:**

**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: 73,9% - 97,3%

Median der Abteilungswerte: 79,2%

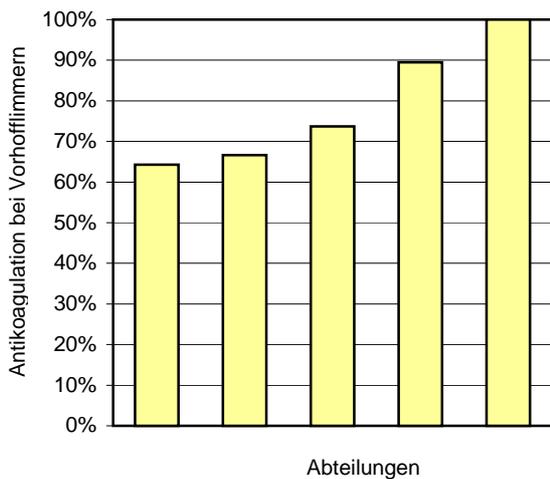


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 64,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 73,7%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 7: Frühzeitige Mobilisierung

**Qualitätsziel:** Frühzeitige Mobilisierung bettlägeriger Patienten innerhalb  $\leq 2$  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:** 2012/apo\_hh/83290

**Referenzbereich:**  $\geq 70\%$

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			682 / 776	87,9%
Vertrauensbereich				85,4% - 90,1%
Referenzbereich		$\geq 70\%$		$\geq 70\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			809 / 923	87,6%
Vertrauensbereich				85,3% - 89,7%

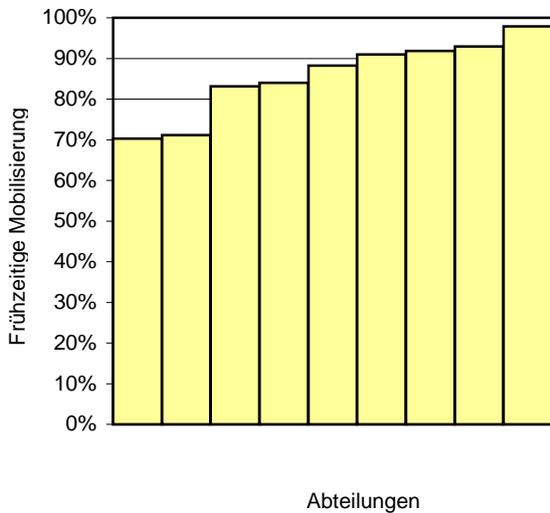
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83290]:**

**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:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 70,3% - 97,8%

Median der Abteilungswerte: 88,2%

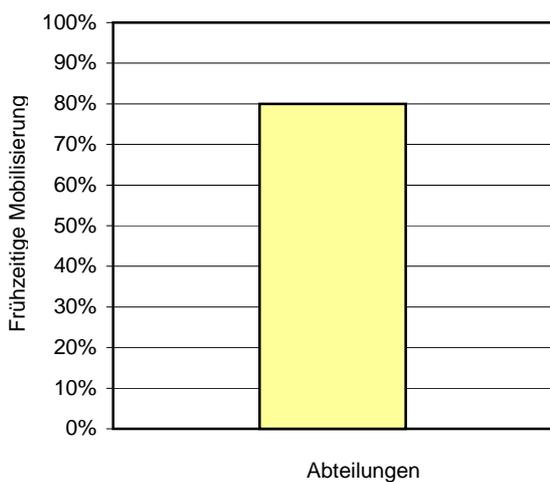


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 80,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2012/apo\_hh/83291

**Referenzbereich:** >= 95%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.742 / 1.746	99,8%
Vertrauensbereich				99,4% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

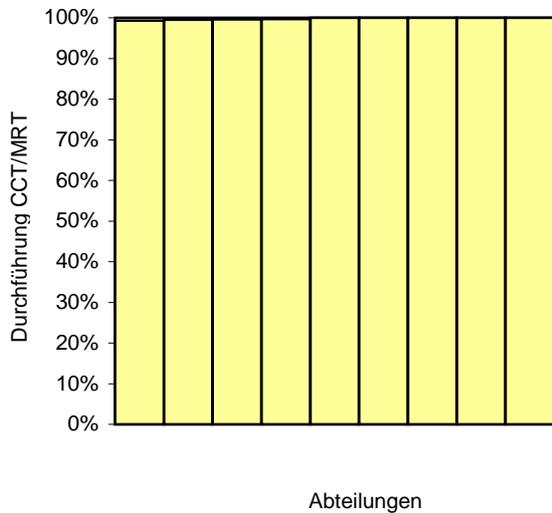
<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.087 / 2.092	99,8%
Vertrauensbereich				99,4% - 99,9%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2012/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: 99,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%

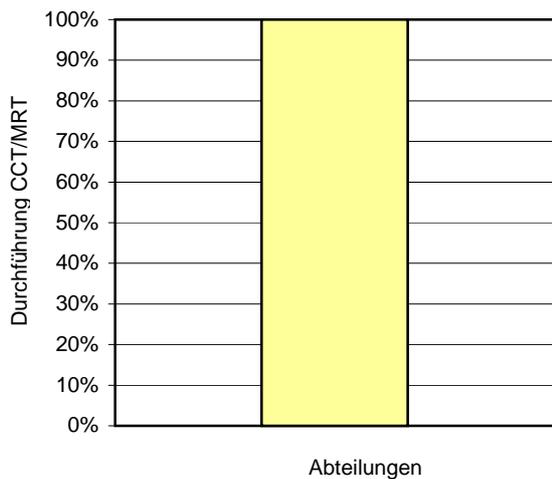


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

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

**Kennzahl-ID:** 2012/apo\_hh/83292

**Referenzbereich:** >= 90%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.579 / 1.632	96,8%
Vertrauensbereich				95,8% - 97,6%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.907 / 1.959	97,3%
Vertrauensbereich				96,5% - 98,0%

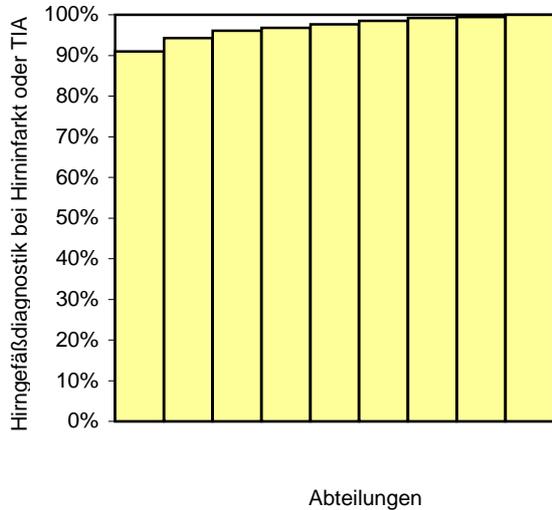
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83292]:**

**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: 91,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,6%

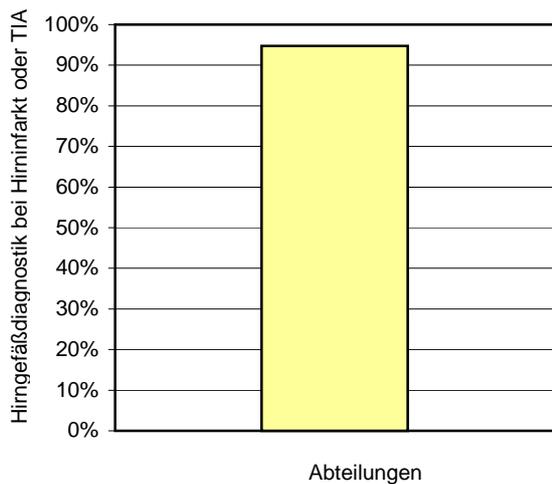


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,7% - 94,7%

Median der Abteilungswerte: 94,7%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

**Kennzahl-ID:**  
 Gruppe 1: 2012/apo\_hh/83293  
 Gruppe 2: 2012/apo\_hh/83385  
 Gruppe 3: 2012/apo\_hh/83386

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

Abteilung 2012 I. 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 2012 I. Qu.			
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	1 / 591 0,2%	40 / 1.041 3,8%	29 / 114 25,4%
Vertrauensbereich	0,0% - 1,0%	2,8% - 5,2%	17,7% - 34,5%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 25%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. 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	■	■	■

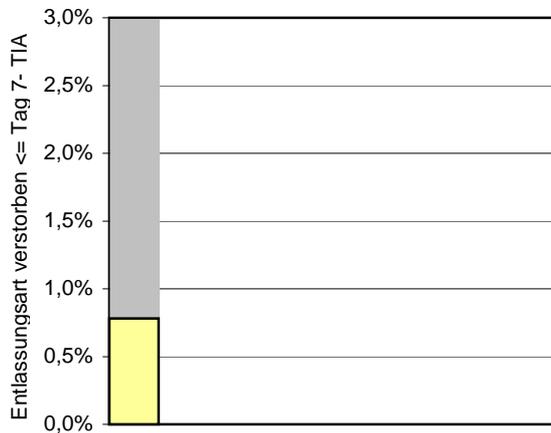
Vorjahresdaten	Gesamt 2011 I. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	1 / 643 0,2% 0,0% - 0,9%	39 / 1.316 3,0% 2,1% - 4,0%	24 / 133 18,0% 11,9% - 25,7%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Kennzahl-ID 2012/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% - 0,8%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

9 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%



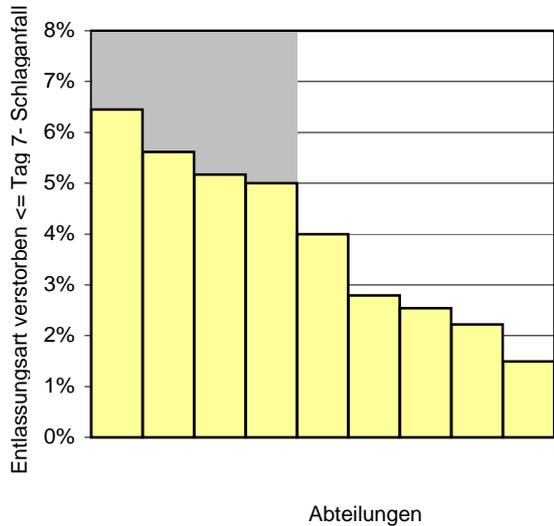
Abteilungen

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

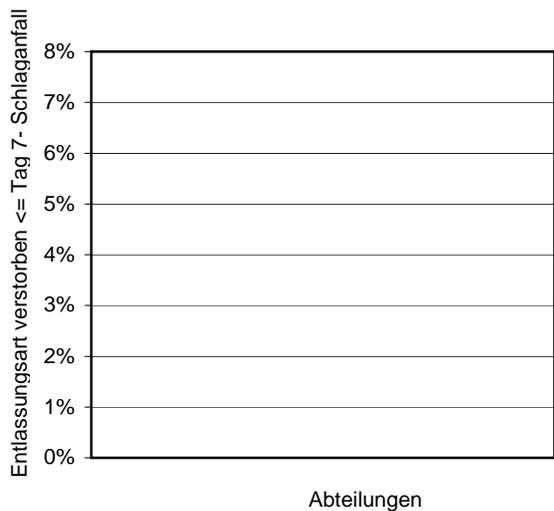
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83385]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 1,5% - 6,5%  
Median der Abteilungswerte: 4,0%



9 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%



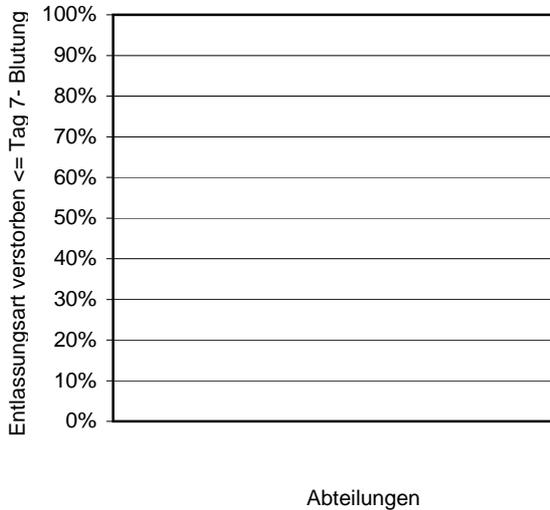
1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83386]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

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

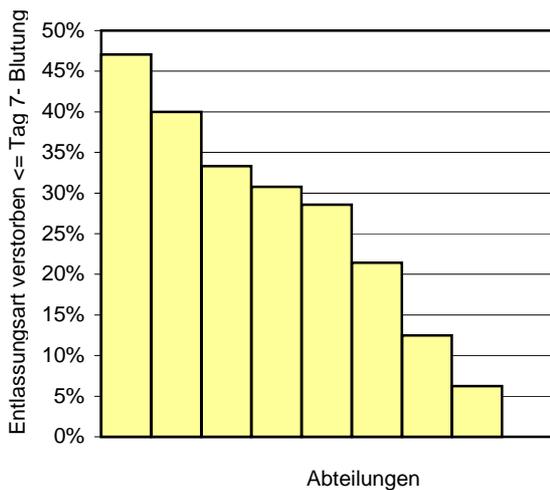
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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% - 47,1%  
Median der Abteilungswerte: 28,6%



9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

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

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

**Kennzahl-ID:** 2012/apo\_hh/83294

**Referenzbereich:** >= 60%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			802 / 952	84,2%
Vertrauensbereich				81,8% - 86,5%
Referenzbereich		>= 60%		>= 60%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			993 / 1.190	83,4%
Vertrauensbereich				81,2% - 85,5%

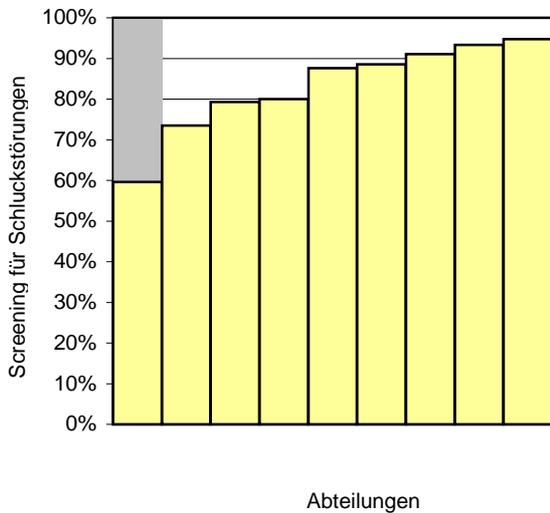
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83294]:**

**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: 59,6% - 94,7%

Median der Abteilungswerte: 87,6%

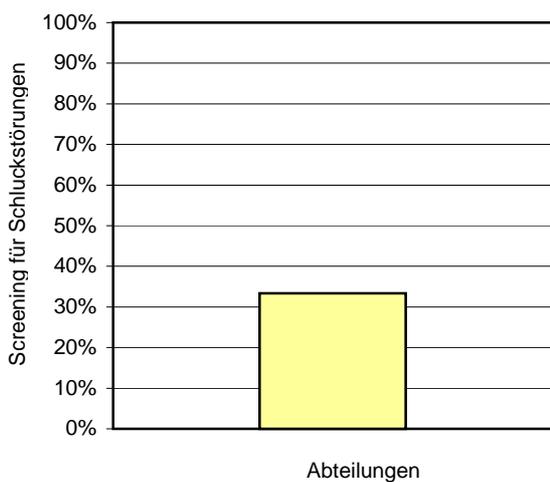


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 33,3%



1 Abteilung hat 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:** 2012/apo\_hh/83295

**Referenzbereich:** >= 30%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			165 / 1.746	9,5%
> 1 - <= 2 Stunden			275 / 1.746	15,8%
> 2 - <= 3 Stunden			224 / 1.746	12,8%
> 3 - <= 3,5 Stunden			43 / 1.746	2,5%
> 3,5 - <= 4 Stunden			56 / 1.746	3,2%
> 4 - <= 6 Stunden			174 / 1.746	10,0%
> 6 - <= 24 Stunden			352 / 1.746	20,2%
> 24 - <= 48 Stunden			99 / 1.746	5,7%
> 48 Stunden			214 / 1.746	12,3%
wake up stroke			64 / 1.746	3,7%
unbekannt			80 / 1.746	4,6%
<= 3 Stunden			664 / 1.746	38,0%
Vertrauensbereich				35,7% - 40,4%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			632 / 2.092	30,2%
Vertrauensbereich				28,2% - 32,2%

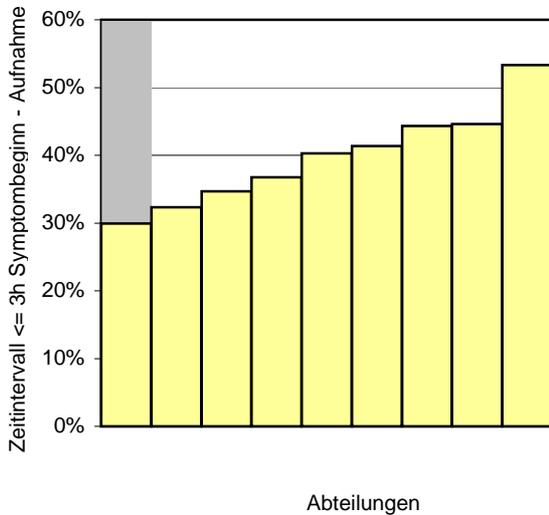
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83295]:**

**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: 29,9% - 53,3%

Median der Abteilungswerte: 40,3%

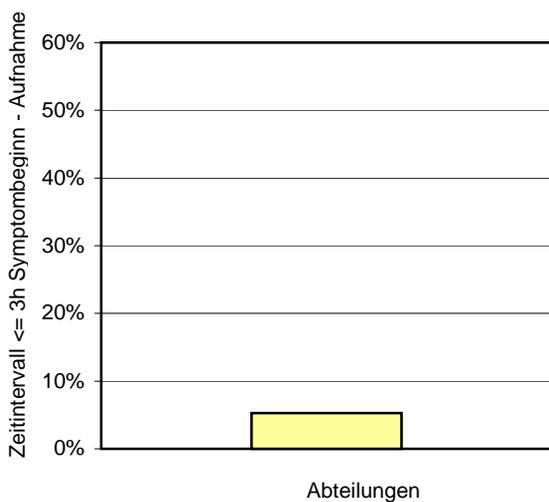


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 5,3% - 5,3%

Median der Abteilungswerte: 5,3%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	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)	
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2012/apo_hh/83303	
	Gruppe 2:	2012/apo_hh/83307	
	Gruppe 3:	2012/apo_hh/103491	
	Gruppe 4:	2012/apo_hh/103499	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 60%	
	Gruppe 2:	>= 60%	
	Gruppe 3:	>= 60%	
	Gruppe 4:	>= 60%	

	Abteilung 2012 I. 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 2012 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	248 / 396 62,6%	79 / 158 50,0%	276 / 442 62,4%	51 / 112 45,5%
<= 60 Minuten	355 / 396 89,6%	128 / 158 81,0%	393 / 442 88,9%	90 / 112 80,4%
Vertrauensbereich Referenzbereich	86,2% - 92,5% >= 60%	74,0% - 86,8% >= 60%	85,6% - 91,7% >= 60%	71,7% - 87,3% >= 60%
> 30 - 60 Minuten	107 / 396 27,0%	49 / 158 31,0%	117 / 442 26,5%	39 / 112 34,8%
> 1 bis 3 Stunden	32 / 396 8,1%	23 / 158 14,6%	39 / 442 8,8%	16 / 112 14,3%
> 3 bis 6 Stunden	4 / 396 1,0%	5 / 158 3,2%	4 / 442 0,9%	5 / 112 4,5%
> 6 Stunden	4 / 396 1,0%	0 / 158 0,0%	4 / 442 0,9%	0 / 112 0,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme	1 / 396 0,3%	2 / 158 1,3%	2 / 442 0,5%	1 / 112 0,9%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 396 0,0%	0 / 158 0,0%	0 / 442 0,0%	0 / 112 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2011 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 60 Minuten	343 / 397 86,4%	191 / 231 82,7%	427 / 498 85,7%	107 / 130 82,3%
Vertrauensbereich	82,6% - 89,6%	77,2% - 87,3%	82,4% - 88,7%	74,6% - 88,5%

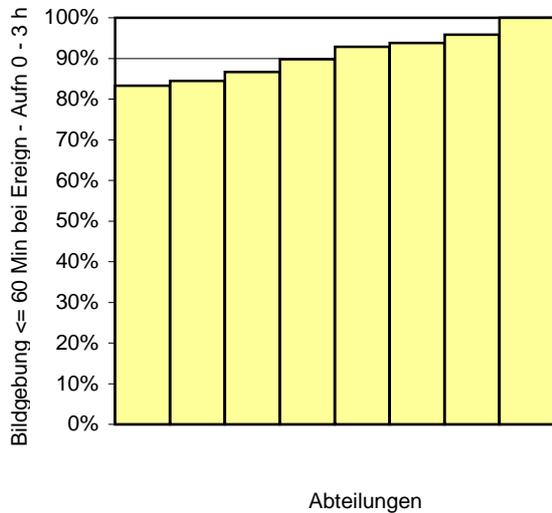
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83303]:**

**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: 83,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 91,3%

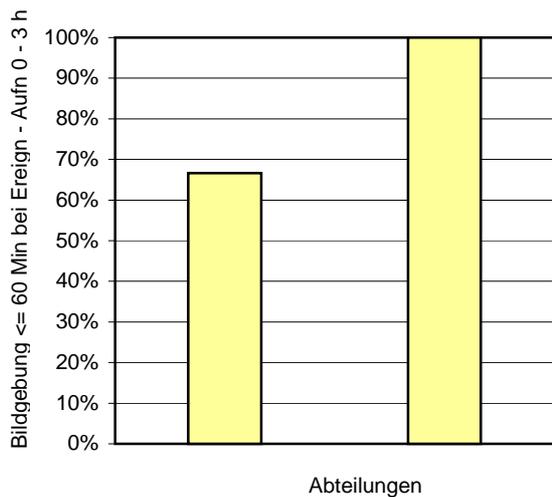


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 83,3%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

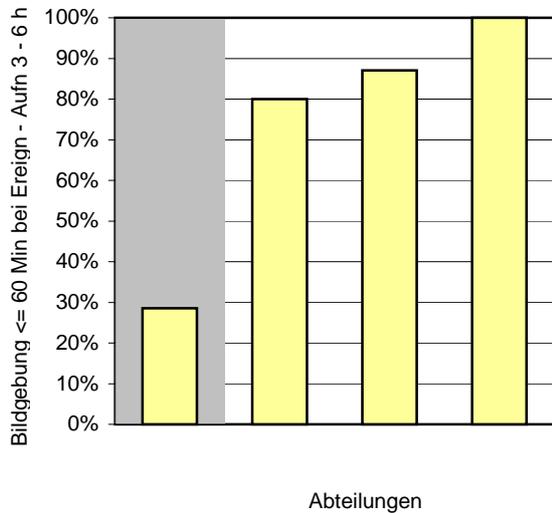
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83307]:**

**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: 28,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 83,5%

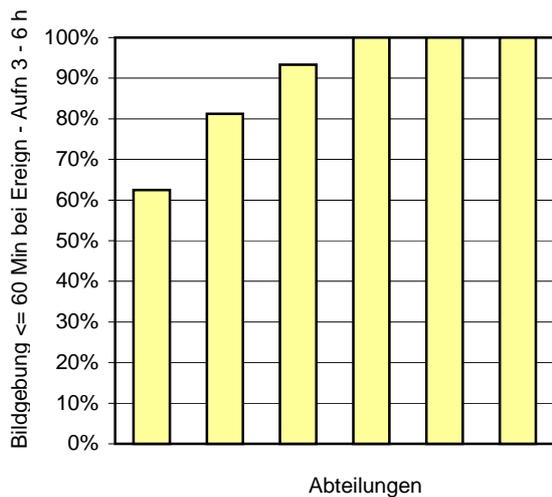


4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 62,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,7%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

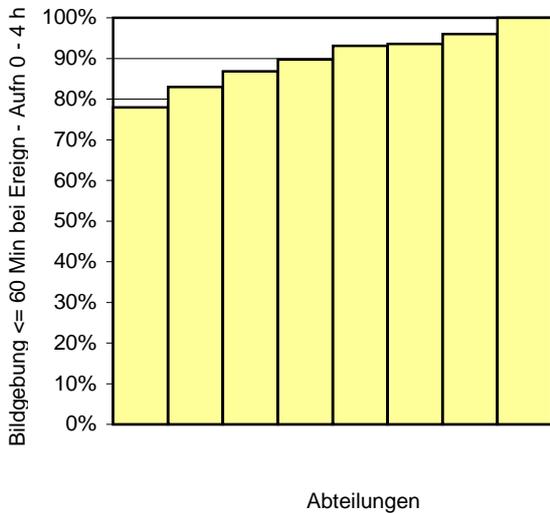
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/103491]:**

**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: 78,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 91,4%

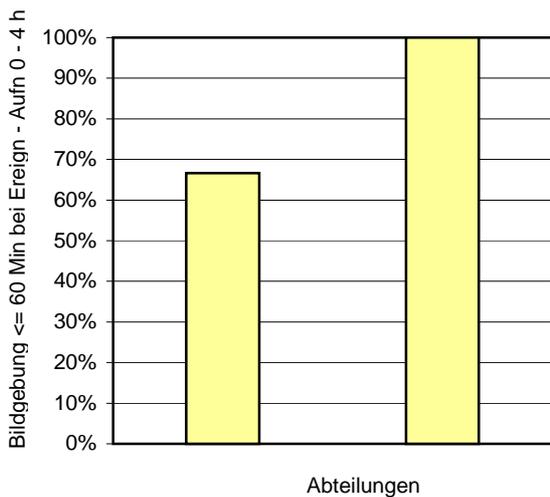


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 83,3%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

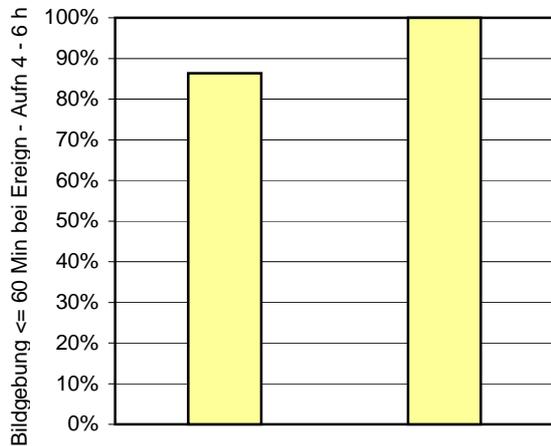
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/103499]:**

**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: 86,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 93,2%



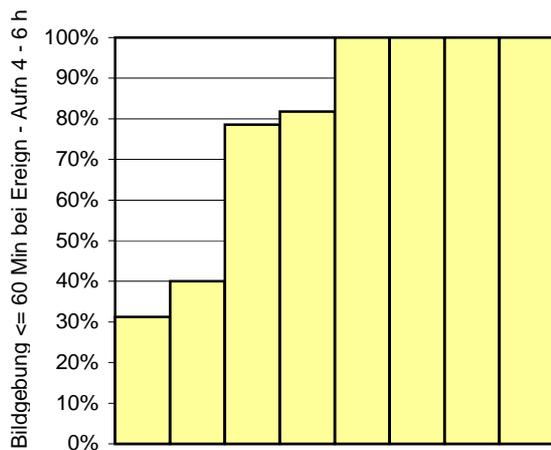
Abteilungen

2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 31,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 90,9%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

<b>Qualitätsziel:</b>	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS $\geq 4$ und $\leq 25$ (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 3 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS $\geq 4$ und $\leq 25$ (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS $\geq 4$ und $\leq 25$ (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 4 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS $\geq 4$ und $\leq 25$ (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2012/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2012/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2012/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2012/apo_hh/103507	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	$\geq 30\%$	
	Gruppe 2:	$\geq 4\%$	
	Gruppe 3:	$\geq 25\%$	
	Gruppe 4:	$\geq 4\%$	

Abteilung 2012 I. 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 2012 I. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	109 / 190 	10 / 64 	113 / 208 	6 / 46 
Vertrauensbereich	50,0% - 64,5%	7,7% - 26,9%	47,3% - 61,2%	4,8% - 26,4%
Referenzbereich	$\geq 30\%$	$\geq 4\%$	$\geq 25\%$	$\geq 4\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	115 / 190 60,5%	22 / 104 21,2%	128 / 231 55,4%	9 / 63 14,3%
	53,2% - 67,5%	13,7% - 30,3%	48,7% - 61,9%	6,7% - 25,5%

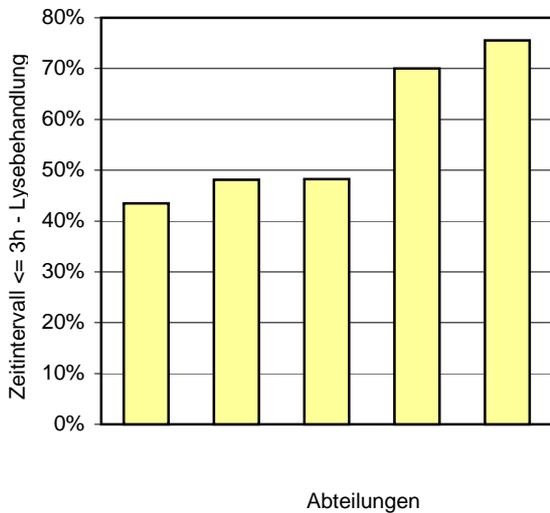
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83311]:**

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

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 43,5% - 75,6%

Median der Abteilungswerte: 48,3%

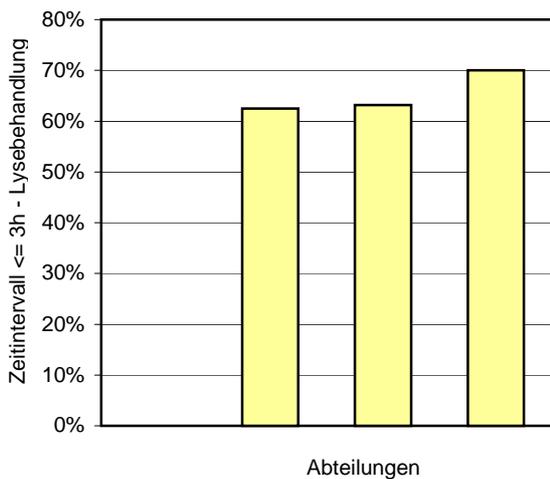


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 70,0%

Median der Abteilungswerte: 62,8%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

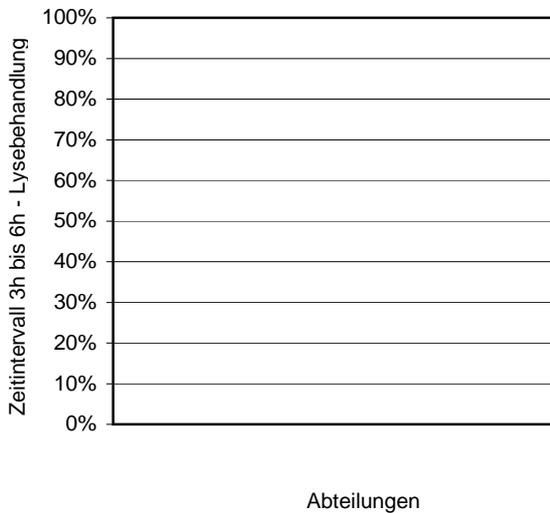
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83312]:**

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

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

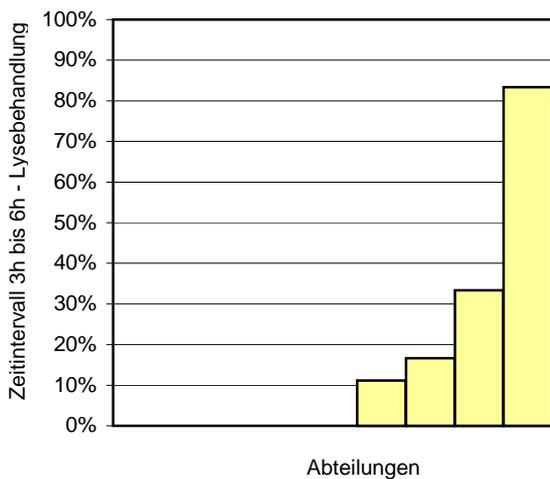
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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% - 83,3%  
Median der Abteilungswerte: 0,0%



9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

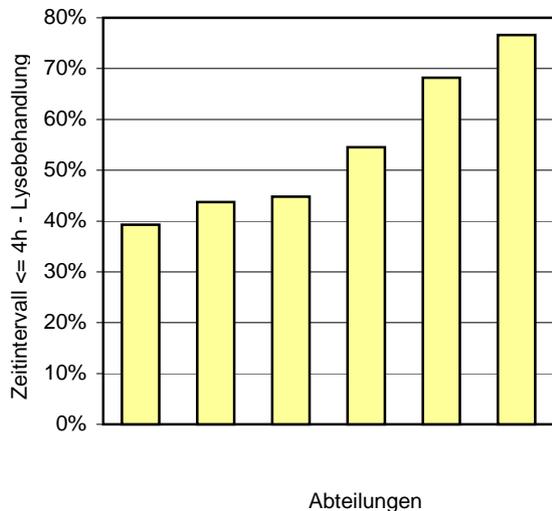
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/103506]:**

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

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 39,3% - 76,6%

Median der Abteilungswerte: 49,7%

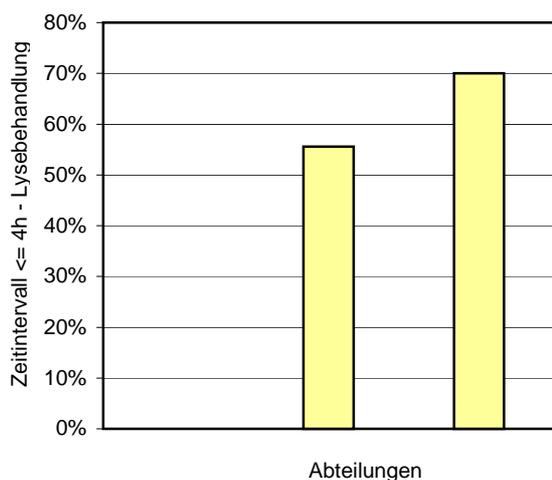


6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 70,0%

Median der Abteilungswerte: 55,6%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

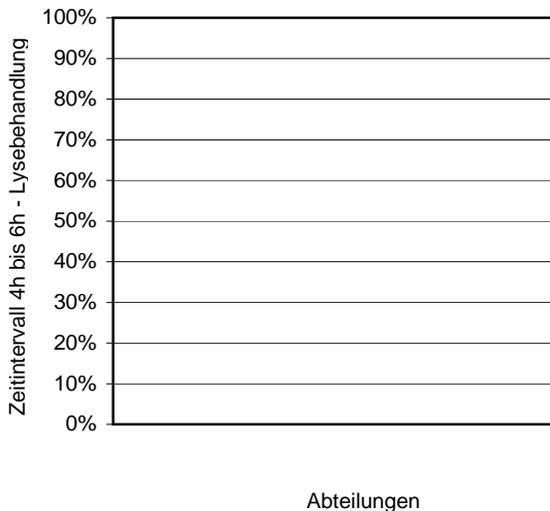
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Kennzahl-ID 2012/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  $\geq 4$  und  $\leq 25$  (Ausschluss: Patienten mit TIA)**

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

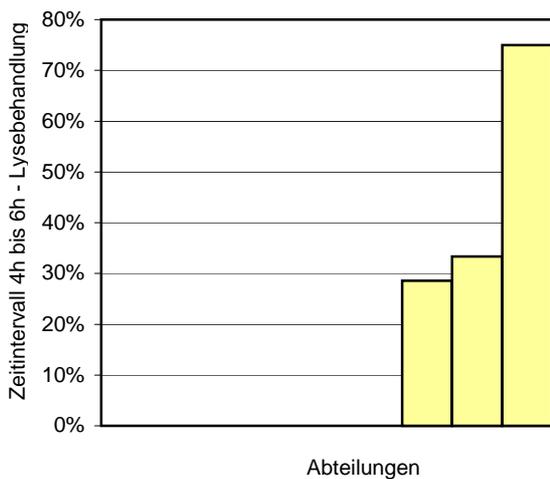
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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% - 75,0%  
Median der Abteilungswerte: 0,0%



9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 4 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2012/apo_hh/83313	
	Gruppe 2:	2012/apo_hh/83320	
	Gruppe 3:	2012/apo_hh/103509	
	Gruppe 4:	2012/apo_hh/103518	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	≥ 70%	
	Gruppe 2:	≥ 60%	
	Gruppe 3:	≥ 70%	
	Gruppe 4:	≥ 60%	

	Abteilung 2012 I. 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 2012 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolysen				
<= 30 Minuten	26 / 122 21,3%	2 / 10 20,0%	27 / 126 21,4%	1 / 6 16,7%
<= 60 Minuten	100 / 122 82,0%	9 / 10 90,0%	104 / 126 82,5%	5 / 6 83,3%
Vertrauensbereich	73,9% - 88,4%	55,4% - 99,8%	74,7% - 88,7%	35,8% - 99,6%
Referenzbereich	>= 70%	>= 60%	>= 70%	>= 60%
> 30 - 60 Minuten	74 / 122 60,7%	7 / 10 70,0%	77 / 126 61,1%	4 / 6 66,7%
> 1 - 2 Stunden	21 / 122 17,2%	1 / 10 10,0%	21 / 126 16,7%	1 / 6 16,7%
> 2 - 3 Stunden	1 / 122 0,8%	0 / 10 0,0%	1 / 126 0,8%	0 / 6 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 122 0,0%	0 / 10 0,0%	0 / 126 0,0%	0 / 6 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 122 0,0%	0 / 10 0,0%	0 / 126 0,0%	0 / 6 0,0%
> 6 Stunden	0 / 122 0,0%	0 / 10 0,0%	0 / 126 0,0%	0 / 6 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 122 0,0%	0 / 10 0,0%	0 / 126 0,0%	0 / 6 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 60 Minuten	109 / 128 85,2%	16 / 18 88,9%	119 / 139 85,6%	6 / 7 85,7%
Vertrauensbereich	77,8% - 90,8%	65,2% - 98,7%	78,6% - 91,0%	42,1% - 99,7%

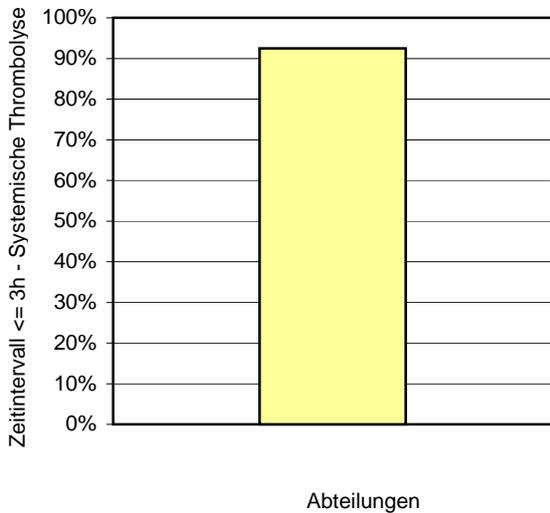
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83313]:**

**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: 92,5% - 92,5%

Median der Abteilungswerte: 92,5%

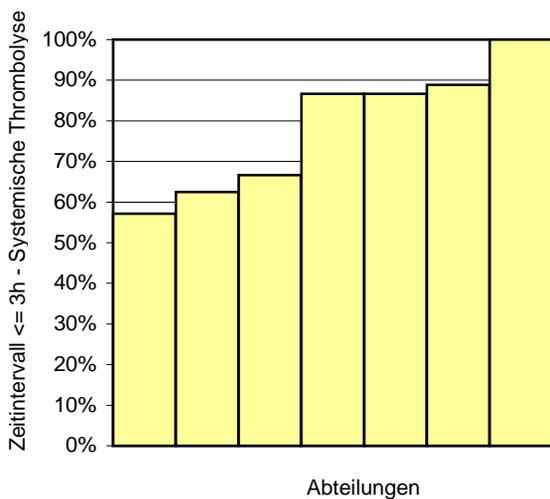


1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 57,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 86,7%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

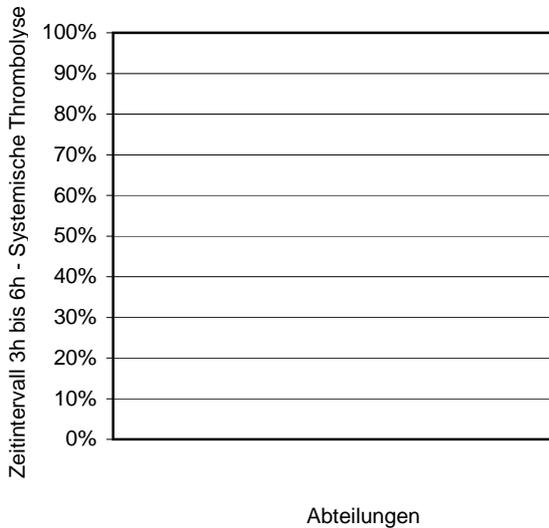
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2012/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:**

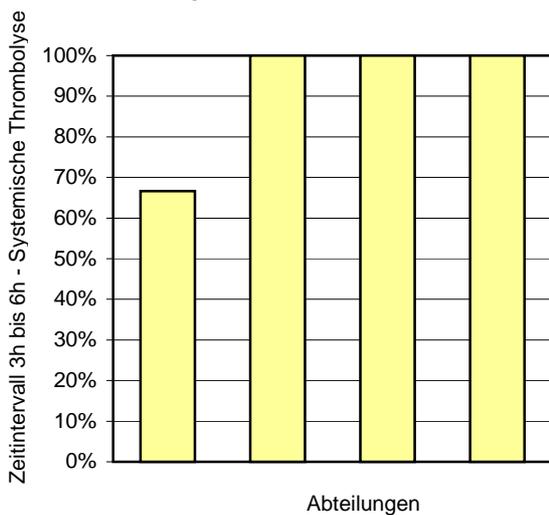
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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: 66,7% - 100,0%  
Median der Abteilungswerte: 100,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

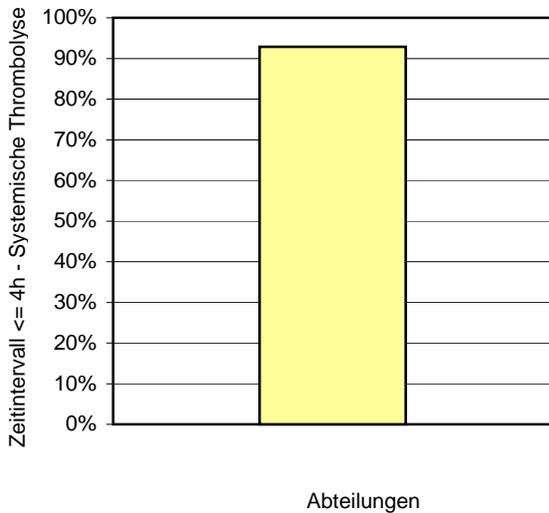
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/103509]:**

**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: 92,9% - 92,9%

Median der Abteilungswerte: 92,9%

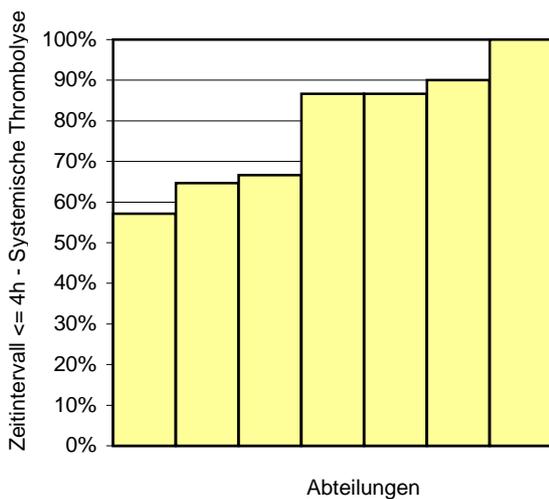


1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 57,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 86,7%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

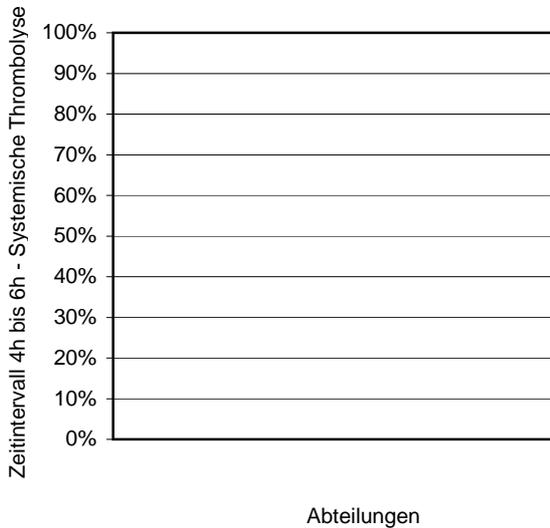
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Kennzahl-ID 2012/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:**

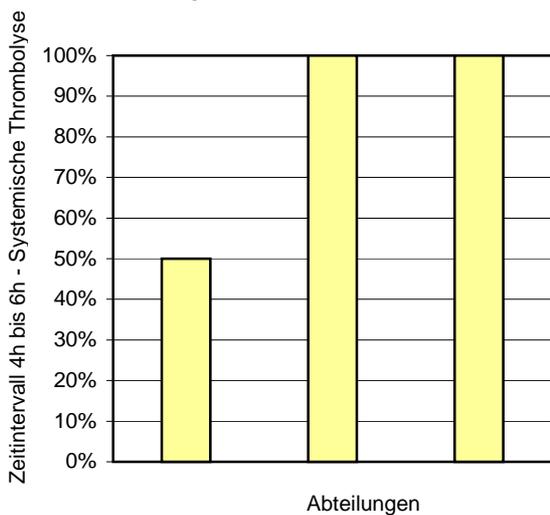
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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: 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.

**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:** 2012/apo\_hh/83372  
**Referenzbereich:** >= 30%

	Abteilung 2012 I. Qu.	Gesamt 2012 I. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		876 / 1.746      50,2%
Vertrauensbereich		47,8% - 52,5%
Referenzbereich	>= 30%	>= 30%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2011 I. Qu.	Gesamt 2011 I. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.086 / 2.092      51,9%
Vertrauensbereich		49,7% - 54,1%

Abteilung 2012 I. Qu.

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

**Gesamt 2012 I. Qu.**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	253 14,5%	182 10,4%	91 5,2%	50 2,9%	18 1,0%	3 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	8 0,5%	100 5,7%	120 6,9%	58 3,3%	23 1,3%	6 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,2%	11 0,6%	79 4,5%	130 7,4%	28 1,6%	13 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	4 0,2%	7 0,4%	87 5,0%	66 3,8%	22 1,3%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	3 0,2%	1 0,1%	3 0,2%	16 0,9%	68 3,9%	66 3,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	3 0,2%	1 0,1%	14 0,8%	111 6,4%
6 Tod	0 0,0%	1 0,1%	1 0,1%	4 0,2%	12 0,7%	78 4,5%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

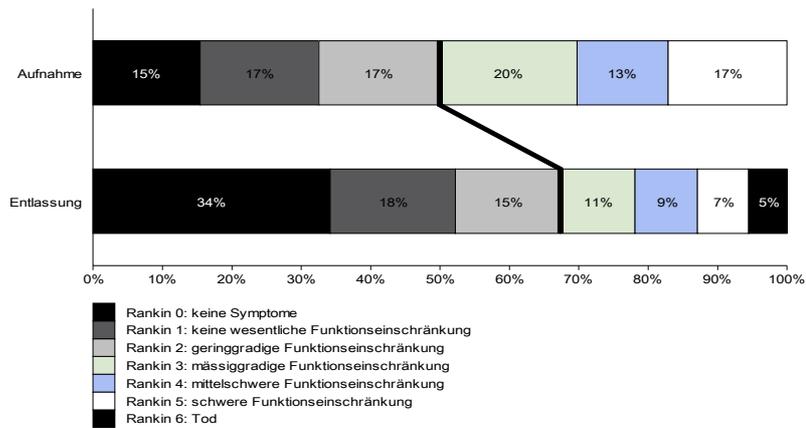
**Vorjahresdaten  
Abteilung 2011 I. Qu.**

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

**Vorjahresdaten  
Gesamt 2011 I. Qu.**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	<b>Rankin bei Aufnahme</b>					
0 keine Symptome	303 14,5%	196 9,4%	120 5,7%	44 2,1%	15 0,7%	8 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	10 0,5%	114 5,4%	197 9,4%	80 3,8%	22 1,1%	7 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	11 0,5%	105 5,0%	144 6,9%	49 2,3%	13 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	3 0,1%	21 1,0%	92 4,4%	93 4,4%	26 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	3 0,1%	10 0,5%	22 1,1%	78 3,7%	72 3,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	1 0,0%	7 0,3%	16 0,8%	100 4,8%
6 Tod	2 0,1%	0 0,0%	4 0,2%	6 0,3%	10 0,5%	80 3,8%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

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



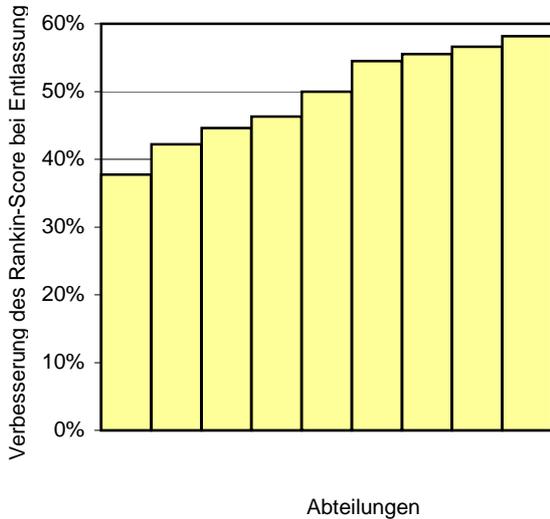
Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Kennzahl-ID 2012/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: 37,7% - 58,2%

Median der Abteilungswerte: 50,0%

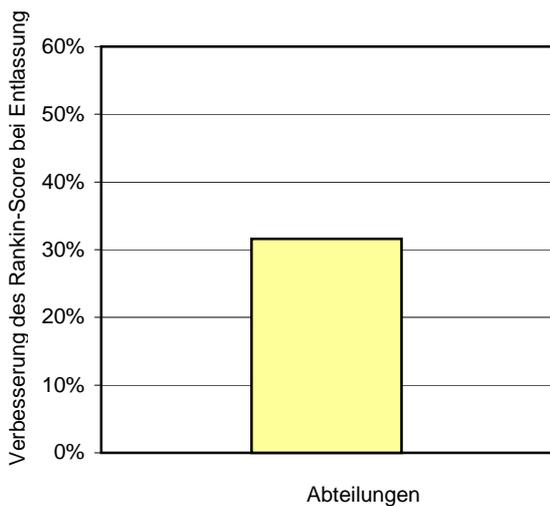


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 31,6% - 31,6%

Median der Abteilungswerte: 31,6%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Basisdaten

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			2.147	100,0	2.598	100,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.147		2.598	

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

## Patienten

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Alter (Jahre)</b>						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.746		2.092	
Median				75,0		75,0
<b>Geschlecht</b>						
männlich			890	51,0	1.036	49,5
weiblich			856	49,0	1.056	50,5

## Aufnahme

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			1.368	78,4	1.626	77,7
Sonnabend oder Sonntag			378	21,6	466	22,3
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			861	49,3	993	47,5
nein			872	49,9	1.077	51,5
nicht bestimmbar			13	0,7	22	1,1
Sprachstörung						
ja			433	24,8	491	23,5
nein			1.279	73,3	1.554	74,3
nicht bestimmbar			34	1,9	47	2,2
Sprechstörung						
ja			580	33,2	650	31,1
nein			1.105	63,3	1.379	65,9
nicht bestimmbar			61	3,5	63	3,0
Schluckstörung						
ja			316	18,1	357	17,1
nein			1.353	77,5	1.645	78,6
nicht bestimmbar			77	4,4	90	4,3
<b>Bewusstsein bei Aufnahme</b>						
wach			1.605	91,9	1.905	91,1
somnolent-stuporös			101	5,8	150	7,2
komatös			40	2,3	37	1,8
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			165	9,5	168	8,0
> 1 - <= 2 Stunden			275	15,8	245	11,7
> 2 - <= 3 Stunden			224	12,8	219	10,5
> 3 - <= 3,5 Stunden			43	2,5	101	4,8
> 3,5 - <= 4 Stunden			56	3,2	69	3,3
> 4 - <= 6 Stunden			174	10,0	228	10,9
> 6 - <= 24 Stunden			352	20,2	447	21,4
> 24 - <= 48 Stunden			99	5,7	163	7,8
> 48 Stunden			214	12,3	238	11,4
unbekannt			80	4,6	121	5,8
wake up stroke			64	3,7	93	4,4

## Diagnostik

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis</b>						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.639	93,9	1.943	92,9
Bildgebung-MRT nach Ereignis			1.089	62,4	1.301	62,2
Frische Läsion in der Bildgebung			965	55,3	1.186	56,7
Schlucktest nach Protokoll			1.382	79,2	1.620	77,4
<b>Dauer der Symptome</b>						
< 1 Stunde			226	12,9	239	11,4
>= 1 - 24 Stunden			408	23,4	459	21,9
> 24 Stunden			1.112	63,7	1.394	66,6
<b>Gefäßdiagnostik</b>						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.636	93,7	1.978	94,6
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.627	93,2	1.942	92,8
<b>Komorbiditäten</b>						
Diabetes mellitus			351	20,1	474	22,7
früherer Schlaganfall			462	26,5	631	30,2
Vorhofflimmern			447	25,6	539	25,8
<b>Komplikationen</b>						
keine Komplikationen			1.489		1.798	
Pneumonie			128		128	
erhöhter Hirndruck			59		47	
andere Komplikationen			134		187	

## Diagnose(n) ICD-10-GM 2012<sup>1</sup>

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.041	59,6	1.316	62,9
TIA			591	33,8	643	30,7
ICB			114	6,5	133	6,4
unklar			0	0,0	0	0,0

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

## Barthel-Index

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Blasenkontrolle &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
inkontinent			310	17,8	338	16,2
gelegentlicher Verlust			186	10,7	238	11,4
kontinent			1.250	71,6	1.516	72,5
<b>Lagewechsel Bett-Stuhl &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
vollständig abhängig			341	19,5	388	18,5
grosse Unterstützung			182	10,4	222	10,6
geringe Unterstützung			254	14,5	315	15,1
vollständig selbstständig			969	55,5	1.167	55,8
<b>Fortbewegung &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
vollständig abhängig			392	22,5	435	20,8
grosse Unterstützung			205	11,7	298	14,2
geringe Unterstützung			317	18,2	392	18,7
vollständig selbstständig			832	47,7	967	46,2
<b>Blasenkontrolle bei Entlassung</b>						
inkontinent			207	11,9	224	10,7
gelegentlicher Verlust			163	9,3	202	9,7
kontinent			1.280	73,3	1.564	74,8
<b>Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung</b>						
vollständig abhängig			162	9,3	160	7,6
grosse Unterstützung			135	7,7	140	6,7
geringe Unterstützung			152	8,7	244	11,7
vollständig selbstständig			1.201	68,8	1.446	69,1
<b>Fortbewegung bei Entlassung</b>						
vollständig abhängig			198	11,3	198	9,5
grosse Unterstützung			140	8,0	188	9,0
geringe Unterstützung			217	12,4	323	15,4
vollständig selbstständig			1.095	62,7	1.281	61,2

## Rankin Skala

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
Rankin 0			269	15,4	322	15,4
Rankin 1			299	17,1	328	15,7
Rankin 2			304	17,4	458	21,9
Rankin 3			346	19,8	395	18,9
Rankin 4			229	13,1	283	13,5
Rankin 5			299	17,1	306	14,6
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			597	34,2	686	32,8
Rankin 1			315	18,0	430	20,6
Rankin 2			264	15,1	326	15,6
Rankin 3			188	10,8	237	11,3
Rankin 4			157	9,0	185	8,8
Rankin 5			129	7,4	126	6,0
Tod			96	5,5	102	4,9

## Rehabilitation

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.087	62,3	1.257	60,1
> Tag 2 nach Aufnahme			27	1,5	37	1,8
keine			632	36,2	798	38,1
<b>Mobilisierung</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.574	90,1	1.853	88,6
> Tag 2 nach Aufnahme			46	2,6	78	3,7
keine			126	7,2	161	7,7
<b>Physio-/Ergotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.418	81,2	1.636	78,2
> Tag 2 nach Aufnahme			38	2,2	54	2,6
keine			290	16,6	402	19,2

## Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulation</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			388	22,2	404	19,3
<b>Beatmung</b>			54	3,1	61	2,9
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b> innerhalb von 48 Stunden			1.374	78,7	1.692	80,9
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b> bei Entlassung			1.284	73,5	1.618	77,3
<b>Thromboseprophylaxe</b>			1.624	93,0	1.956	93,5

## Entlassung

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/Prävention</b>			1.722	98,6	2.062	98,6
<b>Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten</b>			1.366	78,2	1.778	85,0
<b>Entlassungsart</b>						
verstorben			96	5,5	102	4,9
nach Hause			976	55,9	1.205	57,6
Pflegeeinrichtung/Heim			110	6,3	137	6,5
andere Abteilung			91	5,2	100	4,8
externe (Akut)Klinik			25	1,4	27	1,3
Reha-Klinik			448	25,7	521	24,9
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			1.746	100,0	2.092	100,0
Mittelwert				8,3		9,0
Median				7,0		7,0

## Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse</b>						
Lyse i.v.			148	8,5	157	7,5
Lyse i.a.			18	1,0	24	1,1
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			33	1,9	39	1,9
> 30 - <= 60 Minuten			93	5,3	103	4,9
> 1 - <= 2 Stunden			29	1,7	27	1,3
> 2 - <=3 Stunden			3	0,2	3	0,1
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	1	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.588	91,0	1.919	91,7
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			663	38,0	714	34,1
> 30 - <= 60 Minuten			622	35,6	838	40,1
> 1 - <= 3 Stunden			292	16,7	369	17,6
> 3 - <= 6 Stunden			63	3,6	57	2,7
> 6 Stunden			40	2,3	50	2,4
1. Bildgebung vor Aufnahme			62	3,6	59	2,8
keine Bildgebung erfolgt			4	0,2	5	0,2
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale</b>						
<= 2 (leicht)			929	53,2	1.134	54,2
3 - 8 (mittel)			473	27,1	599	28,6
9 - 20 (schwerwiegend)			244	14,0	254	12,1
> 20 (sehr schwerwiegend)			80	4,6	81	3,9
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

## Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Komorbiditäten</b>						
Hypertonie			961	55,0	1.267	60,6
Hypercholesterinämie			603	34,5	794	38,0
keine Angabe			569	32,6	566	27,1
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			750	43,0	1.022	48,9
Antihypertensiva			913	52,3	1.244	59,5
Antidiabetika			208	11,9	255	12,2
keine Angabe			594	34,0	580	27,7
<b>Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses</b>						
unabhängig zu Hause			959	54,9	1.251	59,8
Pflege zu Hause			109	6,2	150	7,2
Pflege in Institution			100	5,7	124	5,9
keine Angabe			578	33,1	567	27,1

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

##### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2012.

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 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 2011 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

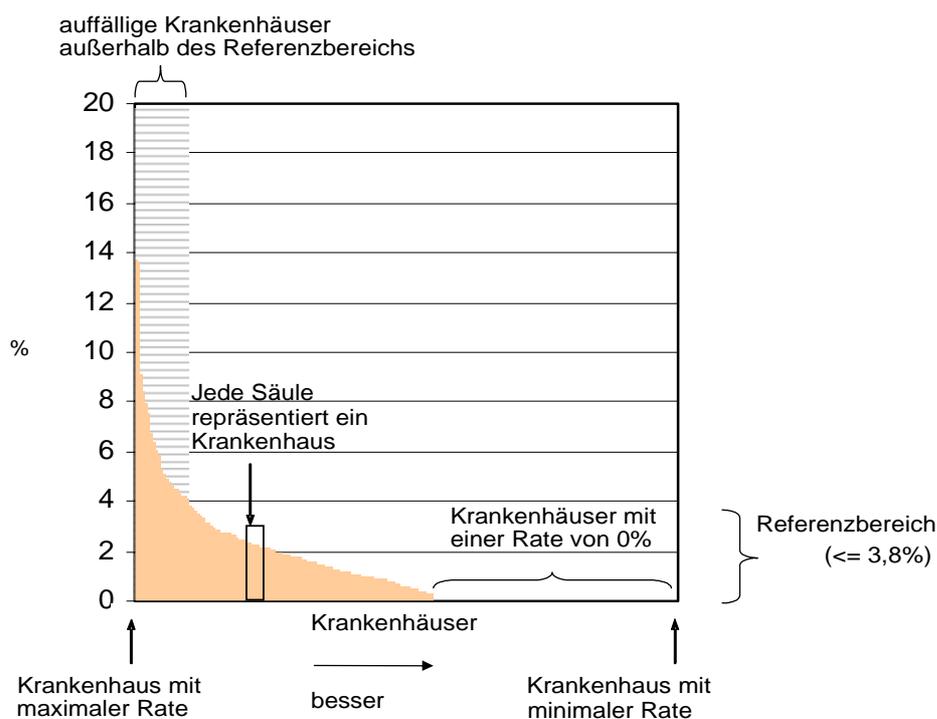
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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



### 3. Basisauswertung

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

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 6. Interpretation der Ergebnisse

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

## 7. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

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

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

### Median der Krankhausergebnisse

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

### Perzentile der Krankhausergebnisse

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

### Rate

Siehe Anteil

### Statistische Maßzahlen

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

### Spannweite der Krankhausergebnisse

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

### Verhältnis

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

### Vertrauensbereich

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

### BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

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

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