

# Auswertung 2. Quartal 2012 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 13  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.058  
Datensatzversion: apo\_hh 2012 2.0  
Datenbankstand: 01. August 2012  
2012 - D11904-L77933-P37278

**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>			82,1%	>= 45%	1.1
<b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			89,2%	>= 75%	1.3
<b>QI 3: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			87,8%	>= 65%	1.5
<b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,4%	>= 90%	1.7
<b>QI 5: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			95,1%	>= 90%	1.9
<b>QI 6: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			78,2%	>= 55%	1.11
<b>QI 7: Frühzeitige Mobilisierung</b>			86,7%	>= 70%	1.13
<b>QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall</b>			99,9%	>= 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>			96,7%	>= 90%	1.17
<b>QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall</b>					
bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			4,0%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			19,4%	<= 25%	1.19
<b>QI 11: Screening für Schluckstörungen</b>			82,5%	>= 60%	1.24
<b>QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			32,2%	>= 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			91,4%	>= 60%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			86,3%	>= 60%	1.28
0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			91,4%	>= 60%	1.28
> 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			82,7%	>= 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			67,8%	>= 30%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			19,4%	>= 4%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			62,1%	>= 25%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			8,8%	>= 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			84,0%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			92,3%	>= 60%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			85,3%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			66,7%	>= 60%	1.41
<b>QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung</b>			49,3%	>= 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			1.262 / 1.537	82,1% 80,1% - 84,0% >= 45%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			2.568 / 3.315	77,5% 76,0% - 78,9%

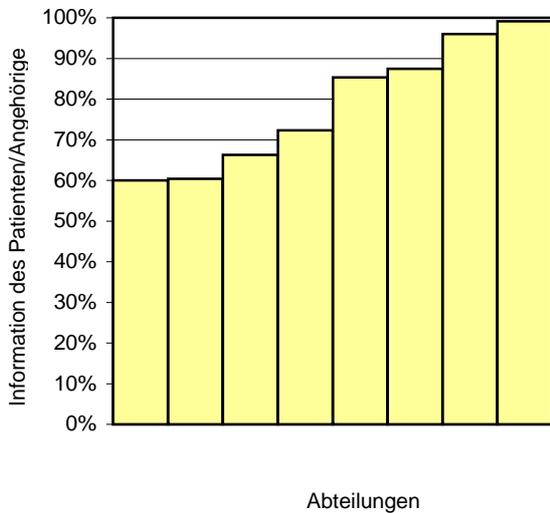
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83254]:**

**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: 60,0% - 99,1%

Median der Abteilungswerte: 78,8%

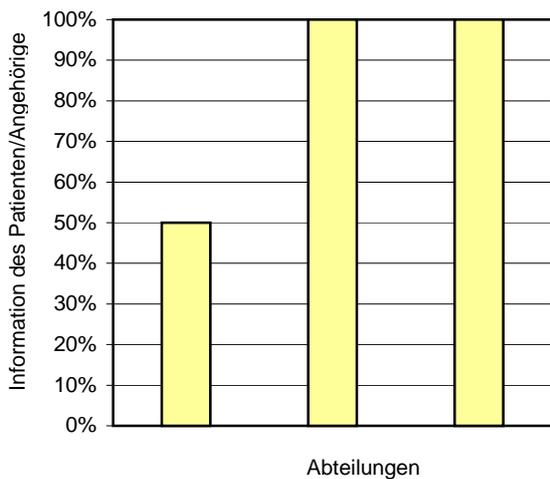


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

**Kennzahl-ID:** 2012/apo\_hh/83284

**Referenzbereich:** >= 75%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			478 / 536	89,2%
Vertrauensbereich				86,2% - 91,7%
Referenzbereich		>= 75%		>= 75%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			1.080 / 1.218	88,7%
Vertrauensbereich				86,8% - 90,4%

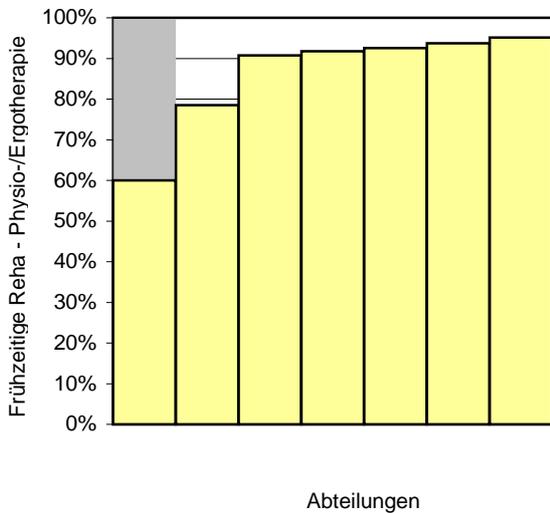
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83284]:**

**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: 60,0% - 95,2%

Median der Abteilungswerte: 91,8%

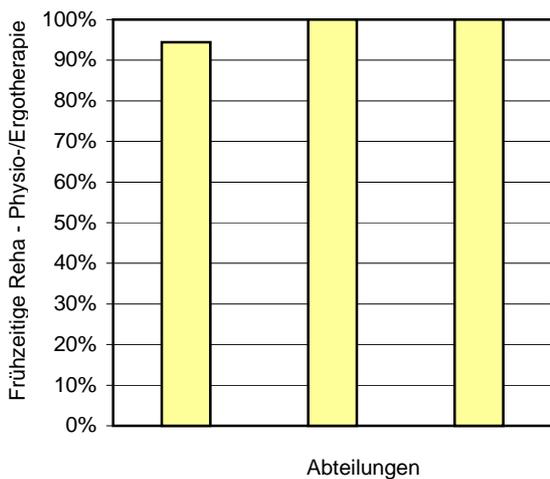


7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,4% - 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.

### 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			504 / 574	87,8%
Vertrauensbereich				84,8% - 90,4%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			1.082 / 1.270	85,2%
Vertrauensbereich				83,1% - 87,1%

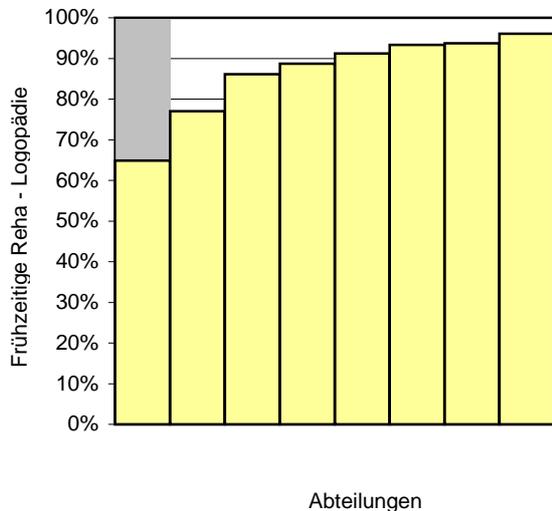
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83285]:**

**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: 64,9% - 96,0%

Median der Abteilungswerte: 90,0%

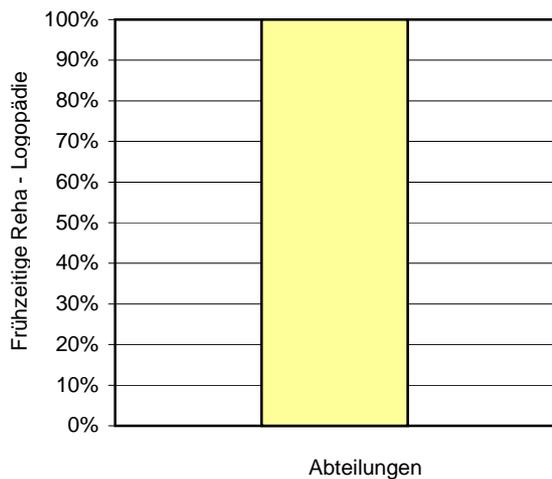


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**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.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

**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			917 / 951	96,4%
Vertrauensbereich				95,0% - 97,5%
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			1.997 / 2.065	96,7%
Vertrauensbereich				95,8% - 97,4%

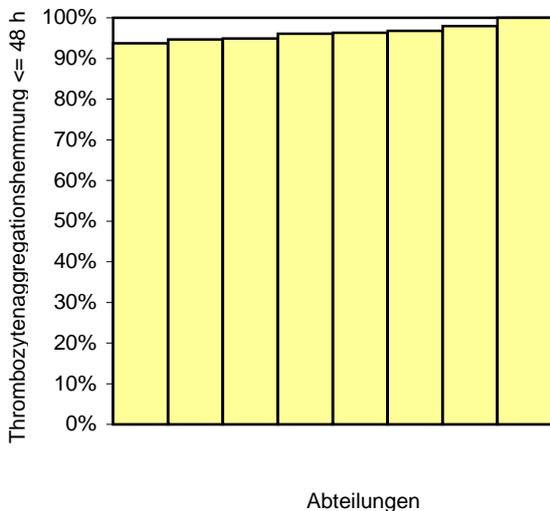
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83286]:**

**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: 93,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,2%

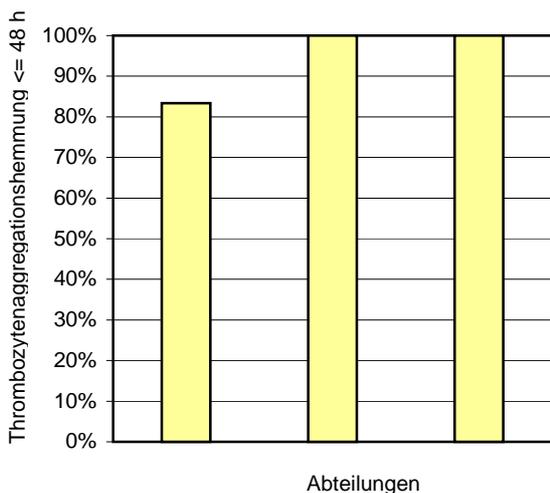


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe**

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

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

**Kennzahl-ID:** 2012/apo\_hh/83287

**Referenzbereich:** >= 90%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.140 / 1.199	95,1%
Vertrauensbereich				93,7% - 96,2%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			2.489 / 2.615	95,2%
Vertrauensbereich				94,3% - 96,0%

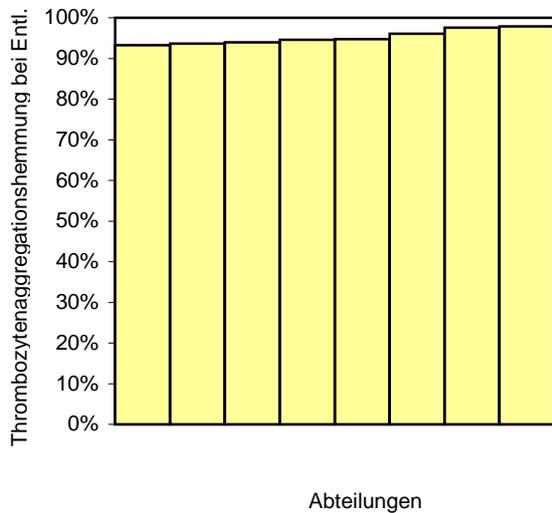
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83287]:**

**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: 93,3% - 97,9%

Median der Abteilungswerte: 94,7%

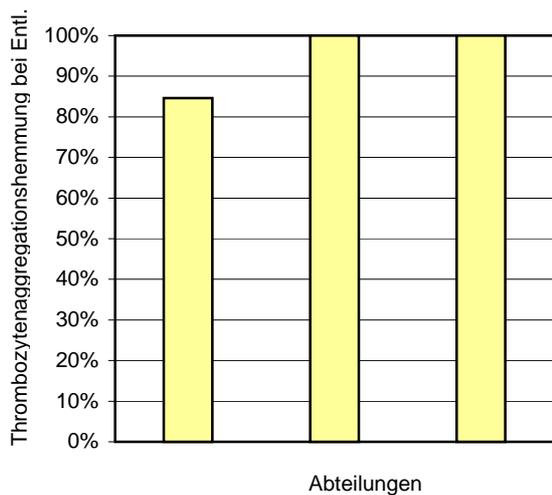


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 84,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

**Kennzahl-ID:** 2012/apo\_hh/83288

**Referenzbereich:** >= 55%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			172 / 220	78,2%
Vertrauensbereich				72,1% - 83,5%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			353 / 495	71,3%
Vertrauensbereich				67,1% - 75,3%

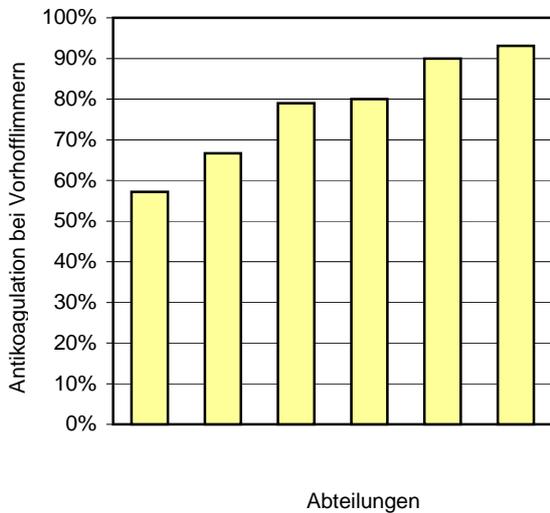
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83288]:**

**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: 57,1% - 93,1%

Median der Abteilungswerte: 79,5%

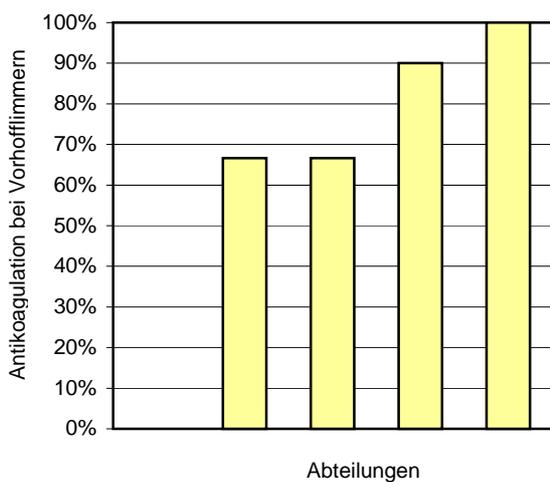


6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 66,7%



5 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  $\leq 2$  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			621 / 716	86,7%
Vertrauensbereich				84,0% - 89,1%
Referenzbereich		$\geq 70\%$		$\geq 70\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			1.422 / 1.609	88,4%
Vertrauensbereich				86,7% - 89,9%

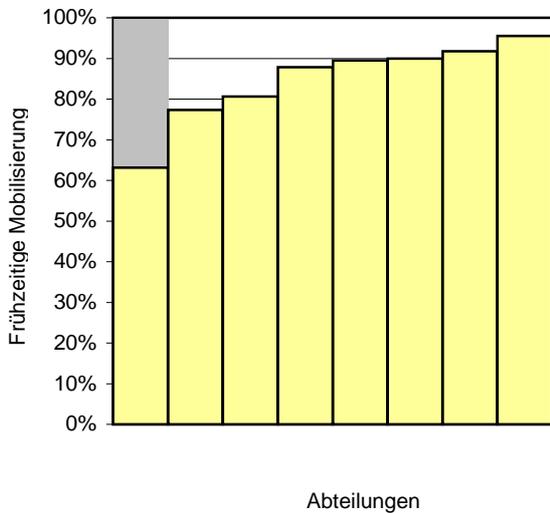
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83290]:**

**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: 63,2% - 95,6%

Median der Abteilungswerte: 88,7%

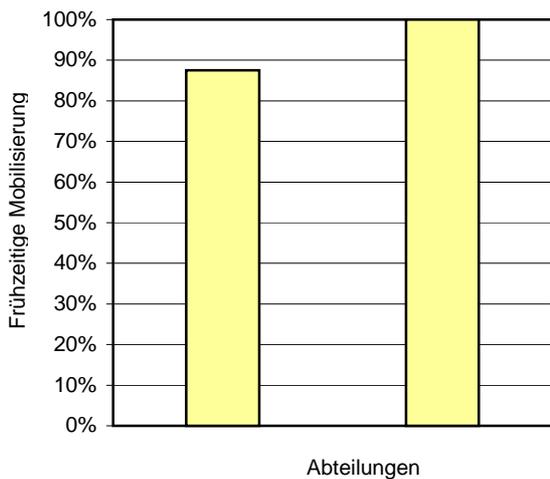


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 87,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 93,8%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**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			1.618 / 1.620	99,9%
Vertrauensbereich				99,5% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

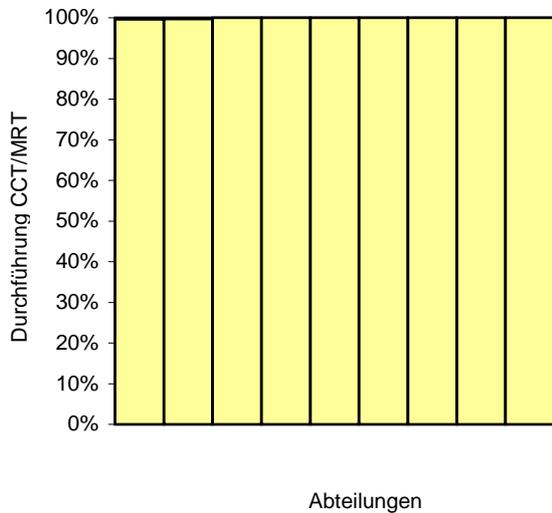
<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			3.505 / 3.512	99,8%
Vertrauensbereich				99,6% - 99,9%

**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: 99,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%

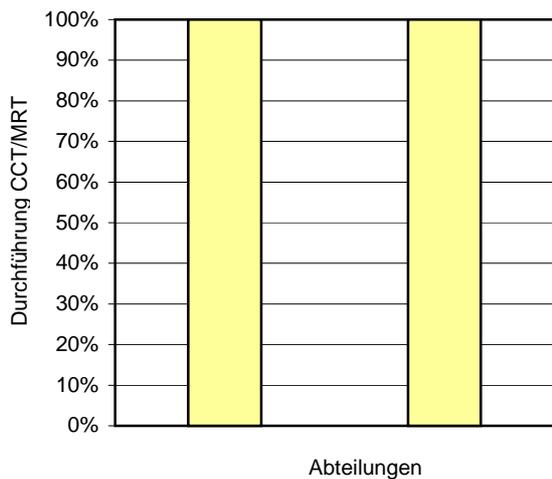


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

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

**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			1.472 / 1.522	96,7%
Vertrauensbereich				95,7% - 97,6%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			3.183 / 3.295	96,6%
Vertrauensbereich				95,9% - 97,2%

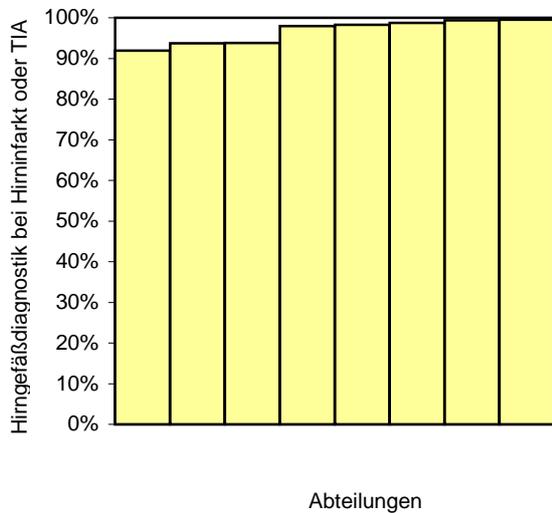
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83292]:**

**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: 91,9% - 99,5%

Median der Abteilungswerte: 98,1%

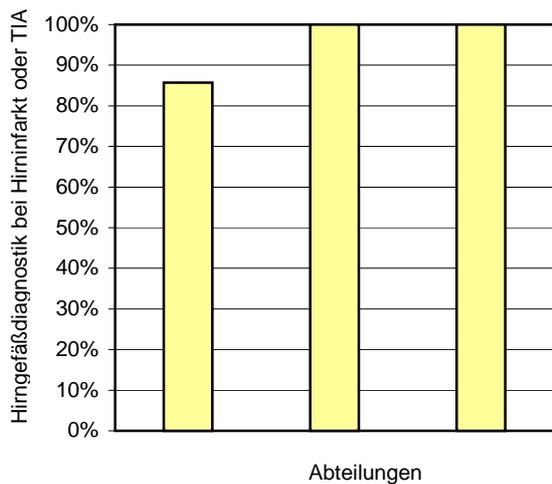


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 85,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

**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	0 / 553 0,0%	39 / 969 4,0%	19 / 98 19,4%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,7%	2,9% - 5,5%	12,1% - 28,7%
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	■	■	■

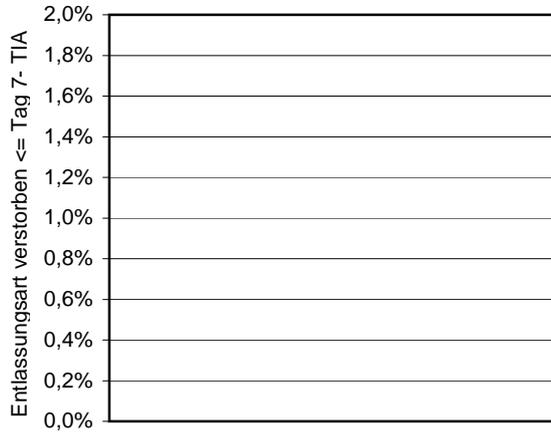
Vorjahresdaten	Gesamt 2011 I. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 1.075 0,0% 0,0% - 0,3%	104 / 2.220 4,7% 3,8% - 5,6%	41 / 217 18,9% 13,9% - 24,8%

**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% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

8 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%



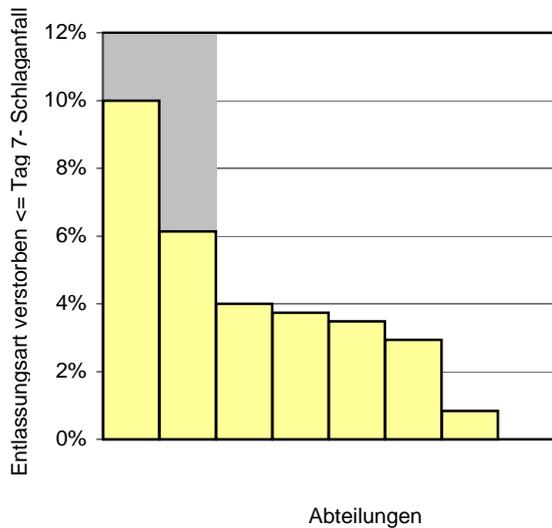
Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

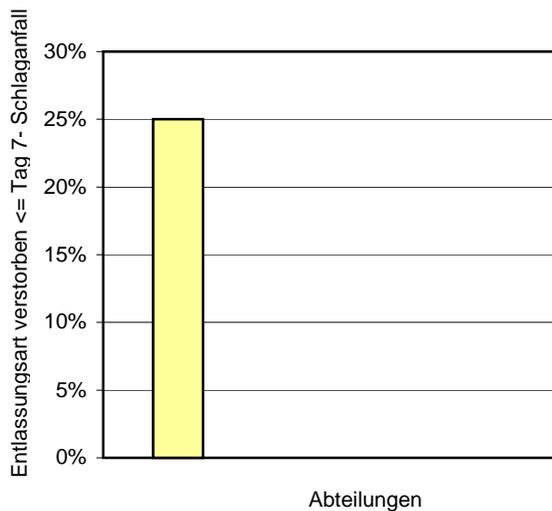
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83385]:  
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 10,0%  
Median der Abteilungswerte: 3,6%



8 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%



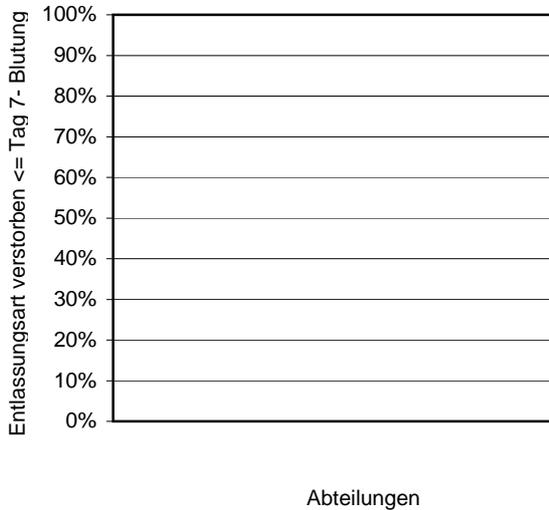
3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben 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:**

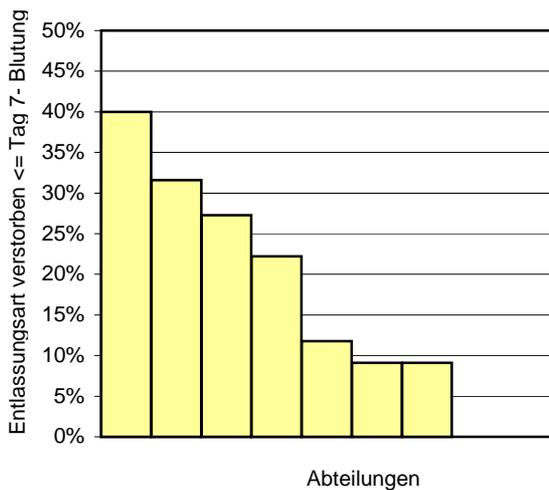
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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% - 40,0%  
Median der Abteilungswerte: 11,8%



9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

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

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

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

**Referenzbereich:** >= 60%

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			730 / 885	82,5%
Vertrauensbereich				79,8% - 84,9%
Referenzbereich		>= 60%		>= 60%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			1.623 / 1.996	81,3%
Vertrauensbereich				79,5% - 83,0%

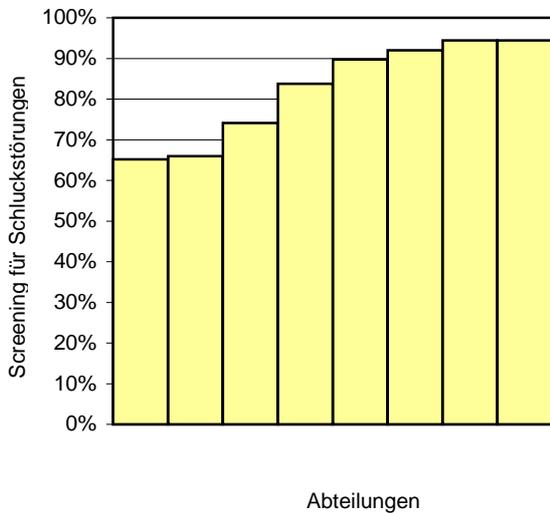
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83294]:**

**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: 65,2% - 94,4%

Median der Abteilungswerte: 86,7%

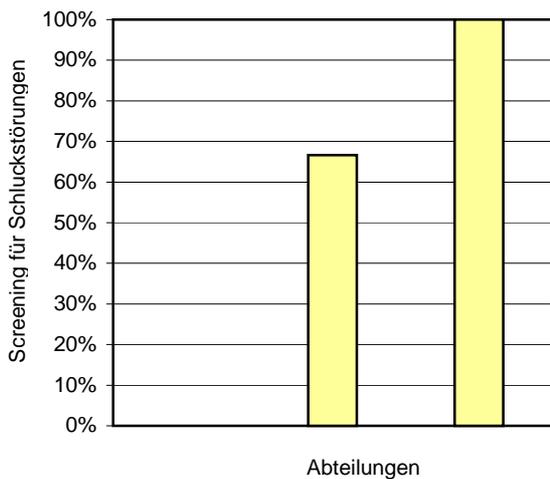


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 66,7%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**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			139 / 1.620	8,6%
> 1 - <= 2 Stunden			205 / 1.620	12,7%
> 2 - <= 3 Stunden			177 / 1.620	10,9%
> 3 - <= 3,5 Stunden			83 / 1.620	5,1%
> 3,5 - <= 4 Stunden			60 / 1.620	3,7%
> 4 - <= 6 Stunden			180 / 1.620	11,1%
> 6 - <= 24 Stunden			315 / 1.620	19,4%
> 24 - <= 48 Stunden			140 / 1.620	8,6%
> 48 Stunden			183 / 1.620	11,3%
wake up stroke			61 / 1.620	3,8%
unbekannt			77 / 1.620	4,8%
<= 3 Stunden			521 / 1.620	32,2%
Vertrauensbereich				29,9% - 34,5%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			1.081 / 3.512	30,8%
Vertrauensbereich				29,3% - 32,3%

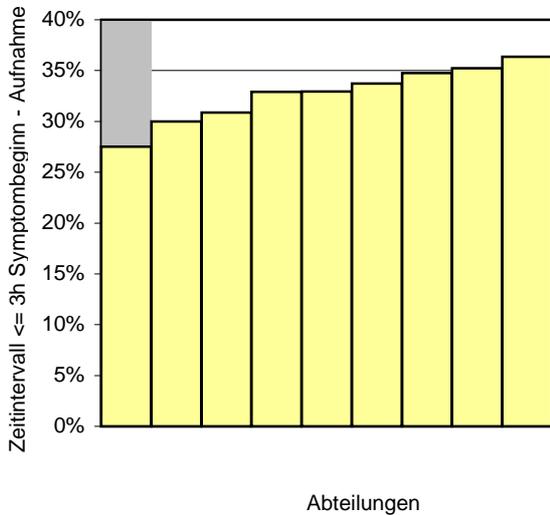
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83295]:**

**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: 27,5% - 36,4%

Median der Abteilungswerte: 32,9%

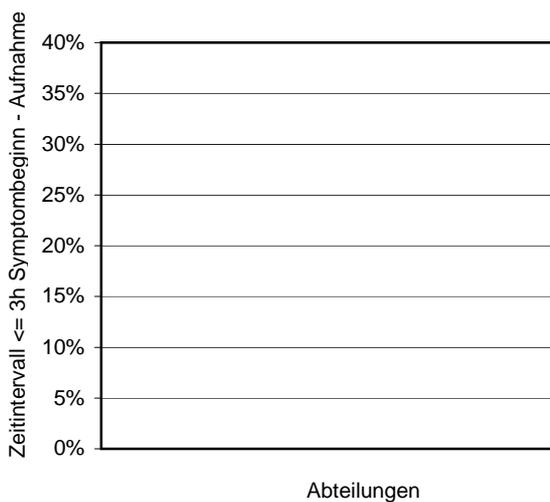


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<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	212 / 303 70,0%	83 / 175 47,4%	248 / 374 66,3%	47 / 104 45,2%
<= 60 Minuten	277 / 303 91,4%	151 / 175 86,3%	342 / 374 91,4%	86 / 104 82,7%
Vertrauensbereich Referenzbereich	87,7% - 94,3% >= 60%	80,3% - 91,0% >= 60%	88,1% - 94,1% >= 60%	74,0% - 89,4% >= 60%
> 30 - 60 Minuten	65 / 303 21,5%	68 / 175 38,9%	94 / 374 25,1%	39 / 104 37,5%
> 1 bis 3 Stunden	22 / 303 7,3%	17 / 175 9,7%	27 / 374 7,2%	12 / 104 11,5%
> 3 bis 6 Stunden	3 / 303 1,0%	2 / 175 1,1%	3 / 374 0,8%	2 / 104 1,9%
> 6 Stunden	0 / 303 0,0%	2 / 175 1,1%	0 / 374 0,0%	2 / 104 1,9%
1. Bildgebung vor Aufnahme	1 / 303 0,3%	3 / 175 1,7%	2 / 374 0,5%	2 / 104 1,9%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 303 0,0%	0 / 175 0,0%	0 / 374 0,0%	0 / 104 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	580 / 647 89,6%	316 / 414 76,3%	687 / 806 85,2%	209 / 255 82,0%
Vertrauensbereich	87,0% - 91,9%	71,9% - 80,3%	82,6% - 87,6%	76,7% - 86,5%

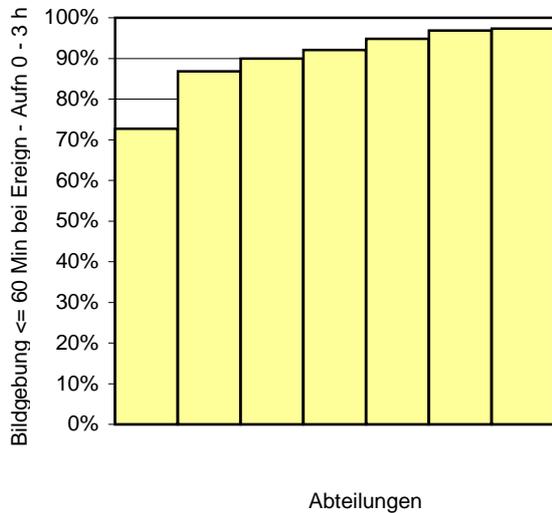
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83303]:**

**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: 72,7% - 97,3%

Median der Abteilungswerte: 92,1%

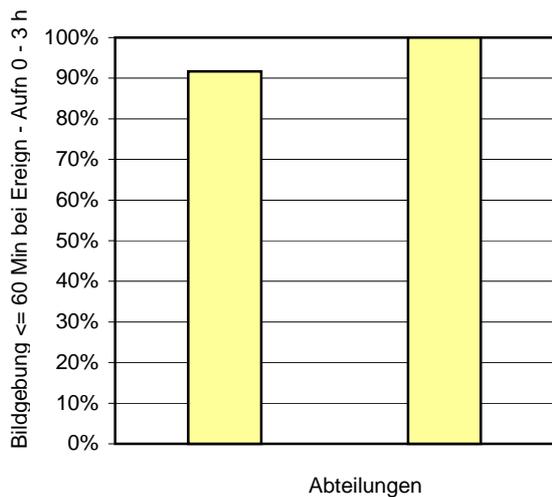


7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 91,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,8%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

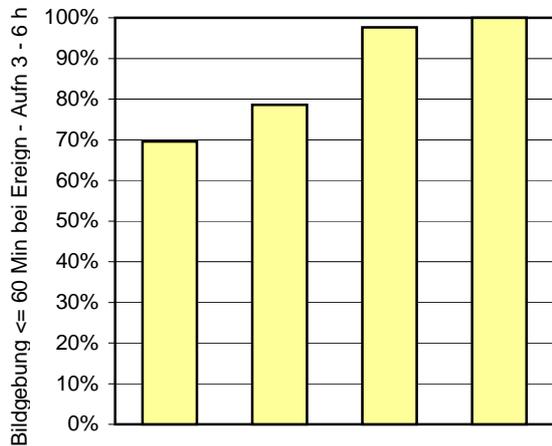
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83307]:**

**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: 69,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 88,1%



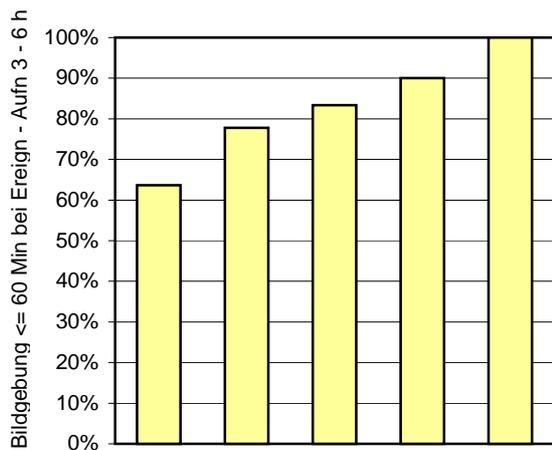
Abteilungen

4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 63,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 83,3%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

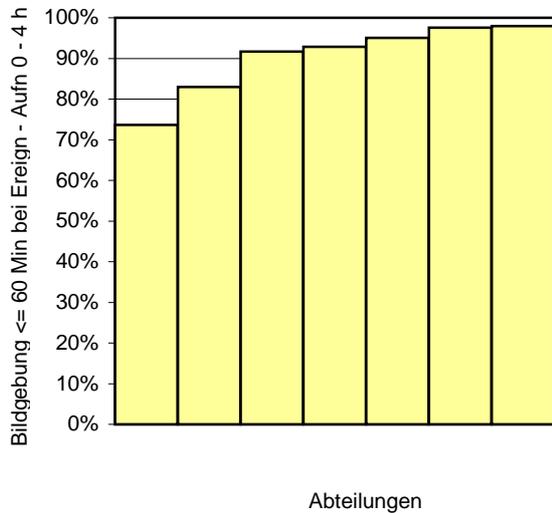
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/103491]:**

**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: 73,7% - 98,0%

Median der Abteilungswerte: 92,9%

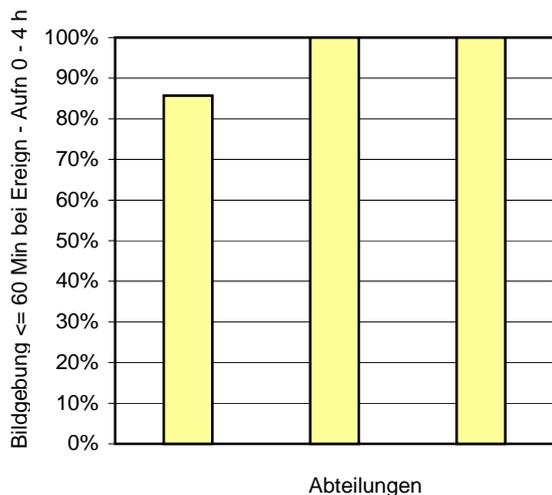


7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

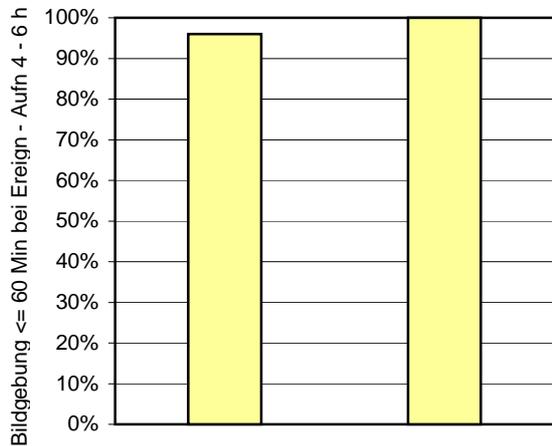
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/103499]:**

**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: 96,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 98,0%



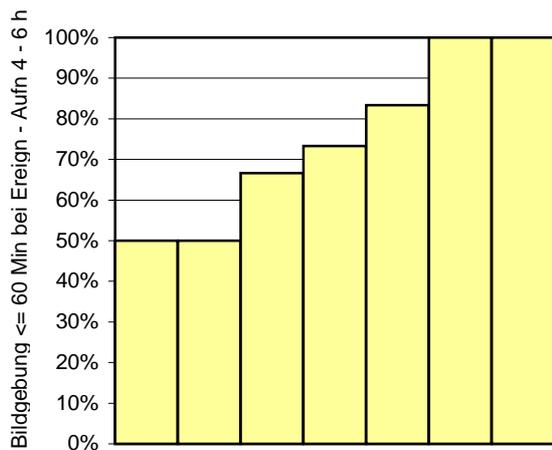
Abteilungen

2 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: 73,3%



Abteilungen

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben 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	99 / 146 67,8%	12 / 62 19,4%	108 / 174 62,1%	3 / 34 8,8%
Vertrauensbereich	59,6% - 75,3%	10,4% - 31,4%	54,4% - 69,3%	1,7% - 23,9%
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	171 / 296 57,8%	21 / 163 12,9%	180 / 350 51,4%	12 / 109 11,0%
	51,9% - 63,5%	8,1% - 19,0%	46,1% - 56,8%	5,8% - 18,5%

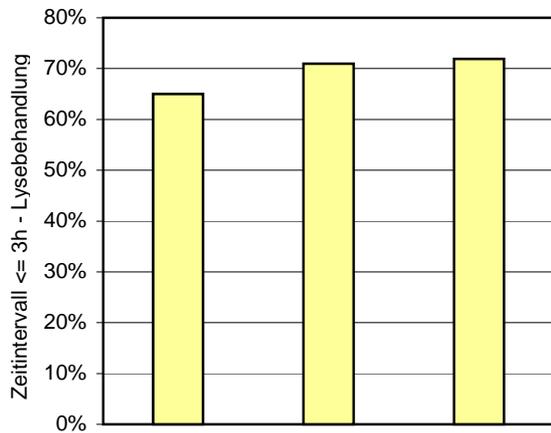
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83311]:**

**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: 65,0% - 71,9%

Median der Abteilungswerte: 71,0%



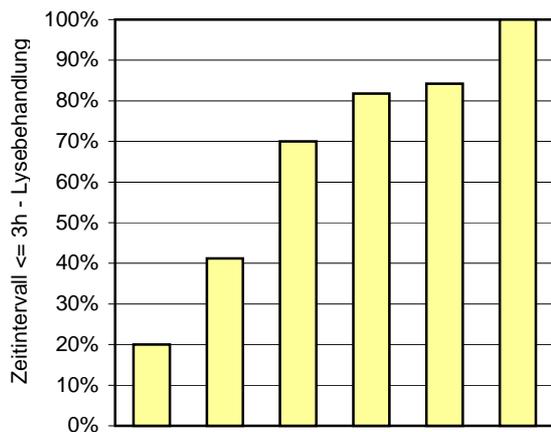
Abteilungen

3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 20,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 75,9%



Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

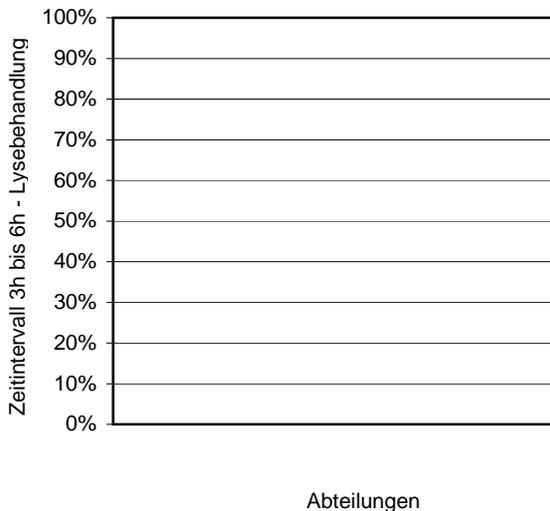
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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:**

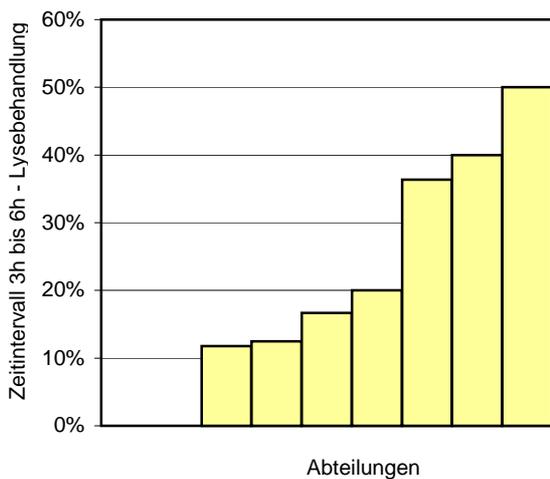
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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% - 50,0%  
Median der Abteilungswerte: 16,7%



9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

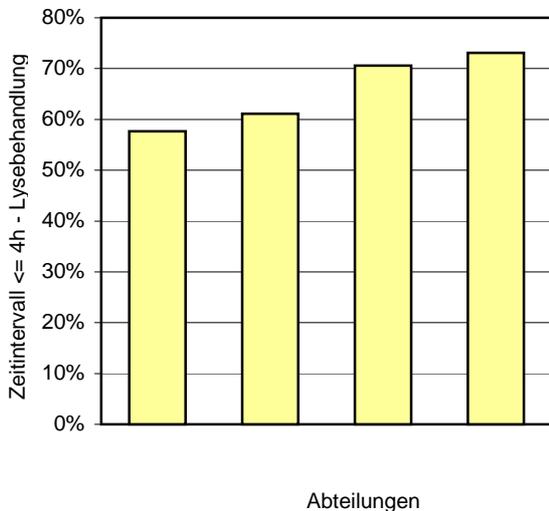
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/103506]:**

**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: 57,7% - 73,1%

Median der Abteilungswerte: 65,8%

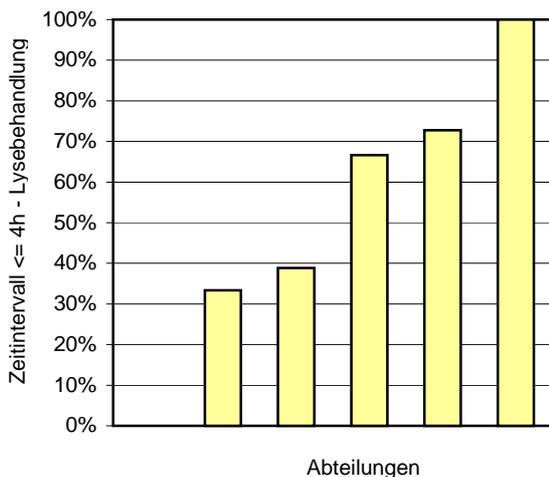


4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 52,8%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

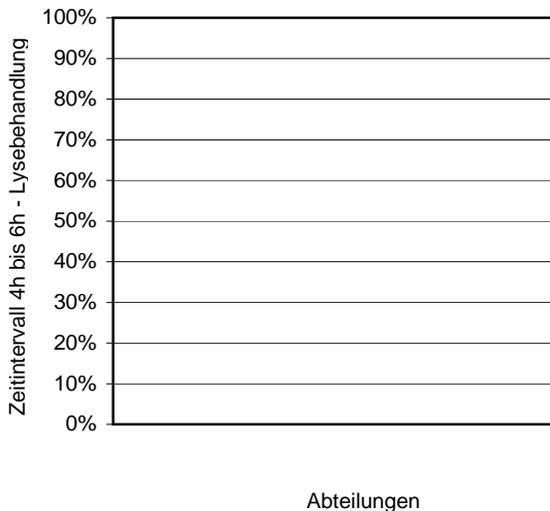
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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:**

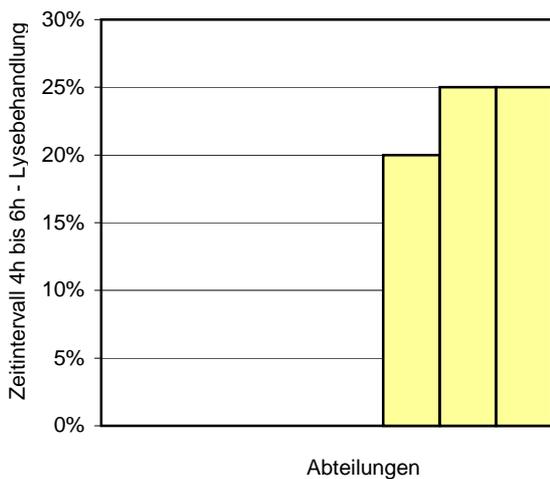
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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% - 25,0%  
Median der Abteilungswerte: 0,0%



8 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**

<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	35 / 119 29,4%	3 / 13 23,1%	37 / 129 28,7%	1 / 3 33,3%
<= 60 Minuten	100 / 119 84,0%	12 / 13 92,3%	110 / 129 85,3%	2 / 3 66,7%
Vertrauensbereich	76,2% - 90,1%	63,9% - 99,9%	77,9% - 90,9%	9,4% - 99,2%
Referenzbereich	>= 70%	>= 60%	>= 70%	>= 60%
> 30 - 60 Minuten	65 / 119 54,6%	9 / 13 69,2%	73 / 129 56,6%	1 / 3 33,3%
> 1 - 2 Stunden	14 / 119 11,8%	1 / 13 7,7%	14 / 129 10,9%	1 / 3 33,3%
> 2 - 3 Stunden	5 / 119 4,2%	0 / 13 0,0%	5 / 129 3,9%	0 / 3 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 119 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 129 0,0%	0 / 3 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 119 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 129 0,0%	0 / 3 0,0%
> 6 Stunden	0 / 119 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 129 0,0%	0 / 3 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 119 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 129 0,0%	0 / 3 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	170 / 195 87,2%	19 / 23 82,6%	177 / 204 86,8%	12 / 14 85,7%
Vertrauensbereich	81,6% - 91,5%	61,2% - 95,1%	81,3% - 91,1%	57,1% - 98,3%

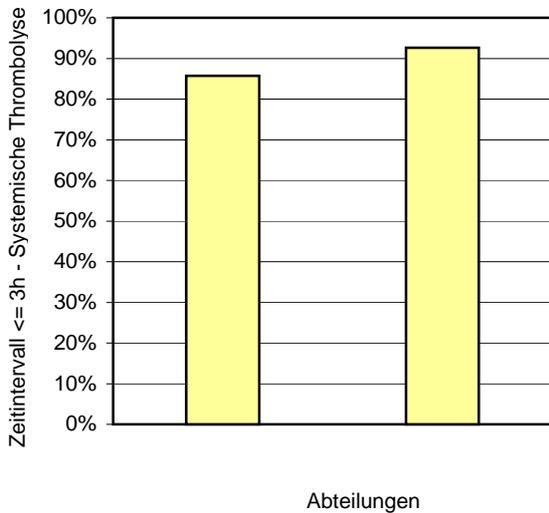
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/83313]:**

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

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 85,7% - 92,6%

Median der Abteilungswerte: 89,2%

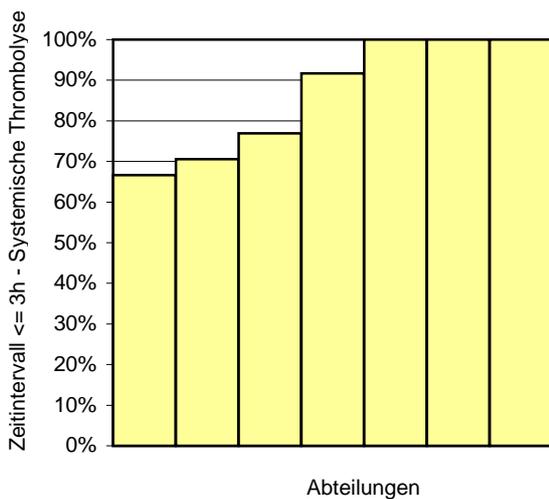


2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 91,7%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

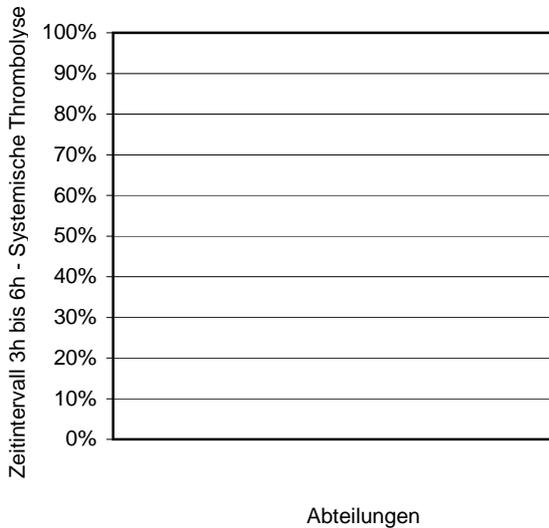
4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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:**

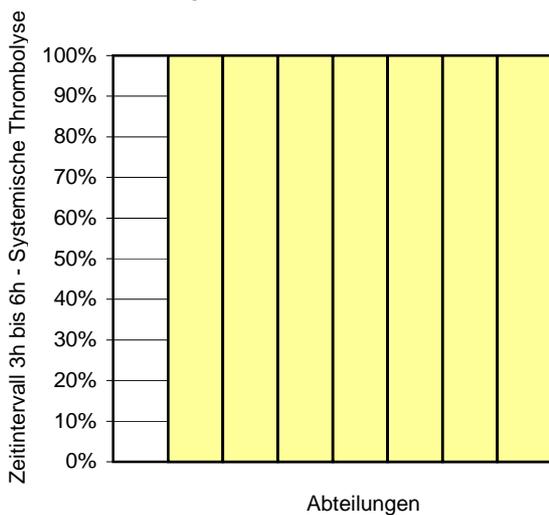
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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



8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

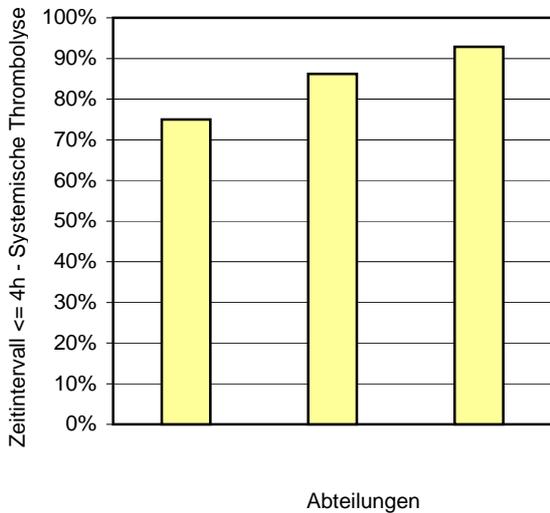
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/103509]:**

**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: 75,0% - 92,9%

Median der Abteilungswerte: 86,2%

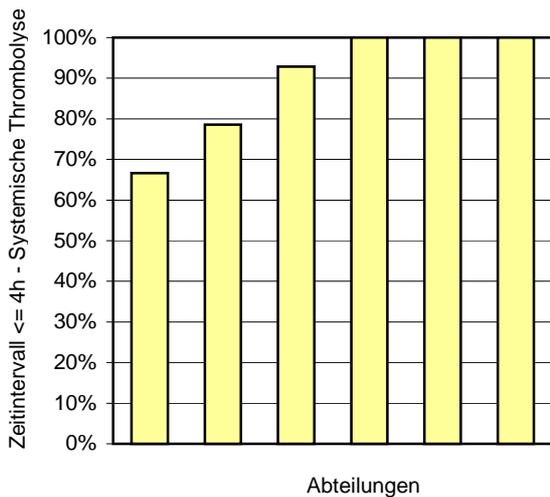


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 96,4%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

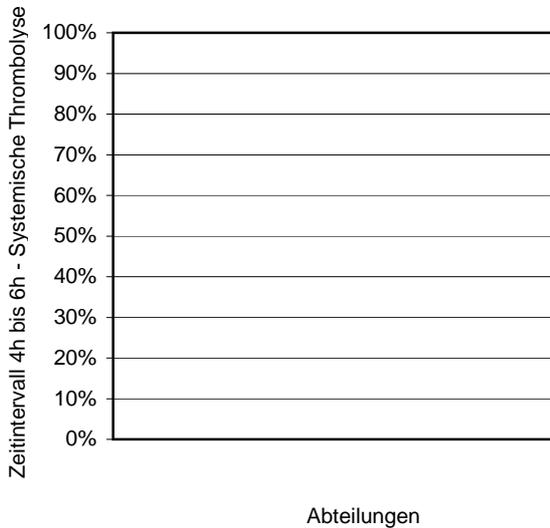
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Kennzahl-ID 2012/apo\_hh/103518]:**

**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 Thrombolyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)**

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

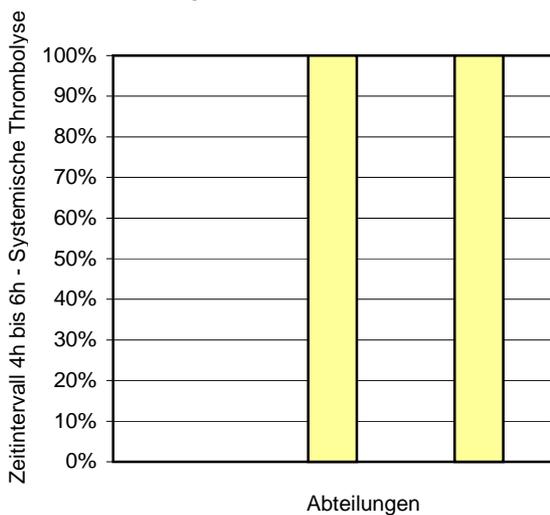


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

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

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben 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:** 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		798 / 1.620 <span style="float: right;">49,3%</span>
Vertrauensbereich		46,8% - 51,7%
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		1.802 / 3.512 <span style="float: right;">51,3%</span>
Vertrauensbereich		49,6% - 53,0%

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	242 14,9%	152 9,4%	83 5,1%	37 2,3%	17 1,0%	7 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	21 1,3%	96 5,9%	122 7,5%	52 3,2%	26 1,6%	6 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	9 0,6%	84 5,2%	106 6,5%	32 2,0%	9 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,1%	10 0,6%	66 4,1%	81 5,0%	15 0,9%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	3 0,2%	1 0,1%	16 1,0%	55 3,4%	53 3,3%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	2 0,1%	6 0,4%	16 1,0%	107 6,6%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	7 0,4%	5 0,3%	70 4,3%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

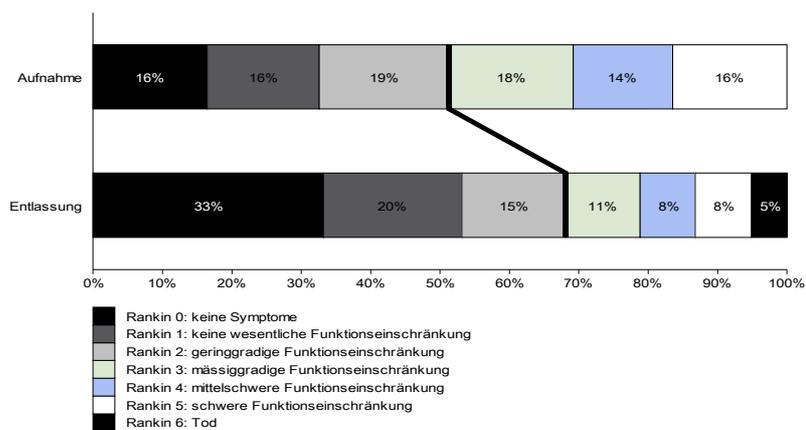
**Vorjahresdaten  
Abteilung 2011 I. Qu.**

	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	561 16,0%	293 8,3%	213 6,1%	78 2,2%	43 1,2%	10 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	23 0,7%	173 4,9%	271 7,7%	143 4,1%	49 1,4%	14 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,1%	22 0,6%	172 4,9%	252 7,2%	82 2,3%	27 0,8%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 0,1%	5 0,1%	19 0,5%	142 4,0%	169 4,8%	47 1,3%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	4 0,1%	8 0,2%	14 0,4%	114 3,2%	111 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	5 0,1%	4 0,1%	5 0,1%	32 0,9%	199 5,7%
6 Tod	0 0,0%	6 0,2%	0 0,0%	10 0,3%	22 0,6%	159 4,5%
	<b>Rankin bei Entlassung</b>					

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



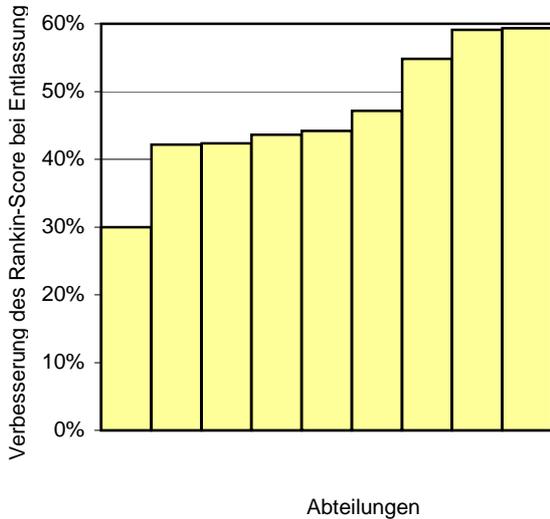
Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

**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: 30,0% - 59,4%

Median der Abteilungswerte: 44,2%

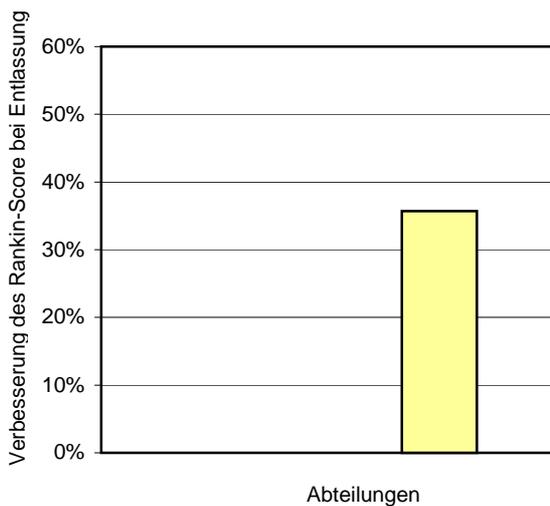


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 35,7%

Median der Abteilungswerte: 17,9%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben 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			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			2.058	100,0	4.370	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.058		4.370	

<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			1.620		3.512	
Median				74,0		74,0
<b>Geschlecht</b>						
männlich			837	51,7	1.769	50,4
weiblich			783	48,3	1.743	49,6

## Aufnahme

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			1.258	77,7	2.734	77,8
Sonnabend oder Sonntag			362	22,3	778	22,2
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			804	49,6	1.758	50,1
nein			795	49,1	1.720	49,0
nicht bestimmbar			21	1,3	34	1,0
Sprachstörung						
ja			380	23,5	820	23,3
nein			1.187	73,3	2.607	74,2
nicht bestimmbar			53	3,3	85	2,4
Sprechstörung						
ja			476	29,4	1.041	29,6
nein			1.055	65,1	2.336	66,5
nicht bestimmbar			89	5,5	135	3,8
Schluckstörung						
ja			271	16,7	634	18,1
nein			1.260	77,8	2.712	77,2
nicht bestimmbar			89	5,5	166	4,7
<b>Bewusstsein bei Aufnahme</b>						
wach			1.484	91,6	3.197	91,0
somnolent-stuporös			101	6,2	251	7,1
komatös			35	2,2	64	1,8
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde			139	8,6	265	7,5
> 1 - <= 2 Stunden			205	12,7	456	13,0
> 2 - <= 3 Stunden			177	10,9	360	10,3
> 3 - <= 3,5 Stunden			83	5,1	107	3,0
> 3,5 - <= 4 Stunden			60	3,7	163	4,6
> 4 - <= 6 Stunden			180	11,1	416	11,8
> 6 - <= 24 Stunden			315	19,4	745	21,2
> 24 - <= 48 Stunden			140	8,6	286	8,1
> 48 Stunden			183	11,3	368	10,5
unbekannt			77	4,8	222	6,3
wake up stroke			61	3,8	124	3,5

## 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			1.533	94,6	3.289	93,7
Bildgebung-MRT nach Ereignis			920	56,8	2.195	62,5
Frische Läsion in der Bildgebung			864	53,3	2.026	57,7
Schlucktest nach Protokoll			1.291	79,7	2.617	74,5
<b>Dauer der Symptome</b>						
< 1 Stunde			218	13,5	440	12,5
>= 1 - 24 Stunden			369	22,8	794	22,6
> 24 Stunden			1.033	63,8	2.278	64,9
<b>Gefäßdiagnostik</b>						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.519	93,8	3.306	94,1
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.504	92,8	3.237	92,2
<b>Komorbiditäten</b>						
Diabetes mellitus			357	22,0	752	21,4
früherer Schlaganfall			438	27,0	958	27,3
Vorhofflimmern			402	24,8	899	25,6
<b>Komplikationen</b>						
keine Komplikationen			1.383		3.012	
Pneumonie			113		225	
erhöhter Hirndruck			50		115	
andere Komplikationen			127		276	

## 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			969	59,8	2.220	63,2
TIA			553	34,1	1.075	30,6
ICB			98	6,0	217	6,2
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			278	17,2	599	17,1
gelegentlicher Verlust			170	10,5	375	10,7
kontinent			1.172	72,3	2.538	72,3
<b>Lagewechsel Bett-Stuhl &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
vollständig abhängig			327	20,2	687	19,6
grosse Unterstützung			162	10,0	407	11,6
geringe Unterstützung			227	14,0	515	14,7
vollständig selbstständig			904	55,8	1.903	54,2
<b>Fortbewegung &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
vollständig abhängig			354	21,9	804	22,9
grosse Unterstützung			198	12,2	441	12,6
geringe Unterstützung			282	17,4	615	17,5
vollständig selbstständig			786	48,5	1.652	47,0
<b>Blasenkontrolle bei Entlassung</b>						
inkontinent			200	12,3	359	10,2
gelegentlicher Verlust			151	9,3	306	8,7
kontinent			1.186	73,2	2.650	75,5
<b>Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung</b>						
vollständig abhängig			167	10,3	291	8,3
grosse Unterstützung			108	6,7	219	6,2
geringe Unterstützung			146	9,0	346	9,9
vollständig selbstständig			1.116	68,9	2.459	70,0
<b>Fortbewegung bei Entlassung</b>						
vollständig abhängig			194	12,0	364	10,4
grosse Unterstützung			137	8,5	270	7,7
geringe Unterstützung			179	11,0	499	14,2
vollständig selbstständig			1.027	63,4	2.182	62,1

## 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			266	16,4	595	16,9
Rankin 1			262	16,2	508	14,5
Rankin 2			303	18,7	687	19,6
Rankin 3			290	17,9	644	18,3
Rankin 4			232	14,3	511	14,6
Rankin 5			267	16,5	567	16,1
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			538	33,2	1.198	34,1
Rankin 1			323	19,9	673	19,2
Rankin 2			242	14,9	558	15,9
Rankin 3			174	10,7	386	11,0
Rankin 4			129	8,0	253	7,2
Rankin 5			131	8,1	247	7,0
Tod			83	5,1	197	5,6

## Rehabilitation

	Abteilung 2012 I. Qu.		Gesamt 2012 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.014	62,6	1.976	56,3
> Tag 2 nach Aufnahme			50	3,1	69	2,0
keine			556	34,3	1.467	41,8
<b>Mobilisierung</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.457	89,9	3.121	88,9
> Tag 2 nach Aufnahme			61	3,8	90	2,6
keine			102	6,3	301	8,6
<b>Physio-/Ergotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.312	81,0	2.775	79,0
> Tag 2 nach Aufnahme			54	3,3	107	3,0
keine			254	15,7	630	17,9

## 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			329	20,3	691	19,7
<b>Beatmung</b>			50	3,1	94	2,7
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b> innerhalb von 48 Stunden			1.297	80,1	2.854	81,3
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b> bei Entlassung			1.234	76,2	2.698	76,8
<b>Thromboseprophylaxe</b>			1.514	93,5	3.335	95,0

## 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>			1.602	98,9	3.450	98,2
<b>Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten</b>			1.305	80,6	2.677	76,2
<b>Entlassungsart</b>						
verstorben			83	5,1	197	5,6
nach Hause			949	58,6	2.039	58,1
Pflegeeinrichtung/Heim			126	7,8	244	6,9
andere Abteilung			56	3,5	136	3,9
externe (Akut)Klinik			20	1,2	62	1,8
Reha-Klinik			386	23,8	834	23,7
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			1.620	100,0	3.512	100,0
Mittelwert				8,3		8,7
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.			152	9,4	241	6,9
Lyse i.a.			26	1,6	21	0,6
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			46	2,8	61	1,7
> 30 - <= 60 Minuten			88	5,4	148	4,2
> 1 - <= 2 Stunden			16	1,0	32	0,9
> 2 - <=3 Stunden			7	0,4	4	0,1
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	1	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	4	0,1
> 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.463	90,3	3.262	92,9
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			620	38,3	1.185	33,7
> 30 - <= 60 Minuten			610	37,7	1.359	38,7
> 1 - <= 3 Stunden			255	15,7	685	19,5
> 3 - <= 6 Stunden			64	4,0	94	2,7
> 6 Stunden			27	1,7	69	2,0
1. Bildgebung vor Aufnahme			42	2,6	113	3,2
keine Bildgebung erfolgt			2	0,1	7	0,2
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale</b>						
<= 2 (leicht)			882	54,4	1.881	53,6
3 - 8 (mittel)			432	26,7	983	28,0
9 - 20 (schwerwiegend)			212	13,1	479	13,6
> 20 (sehr schwerwiegend)			72	4,4	124	3,5
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			937	57,8	2.162	61,6
Hypercholesterinämie			665	41,0	1.454	41,4
keine Angabe			465	28,7	881	25,1
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			721	44,5	1.880	53,5
Antihypertensiva			886	54,7	2.121	60,4
Antidiabetika			229	14,1	446	12,7
keine Angabe			488	30,1	898	25,6
<b>Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses</b>						
unabhängig zu Hause			945	58,3	2.115	60,2
Pflege zu Hause			113	7,0	246	7,0
Pflege in Institution			106	6,5	233	6,6
keine Angabe			456	28,1	918	26,1

## 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.

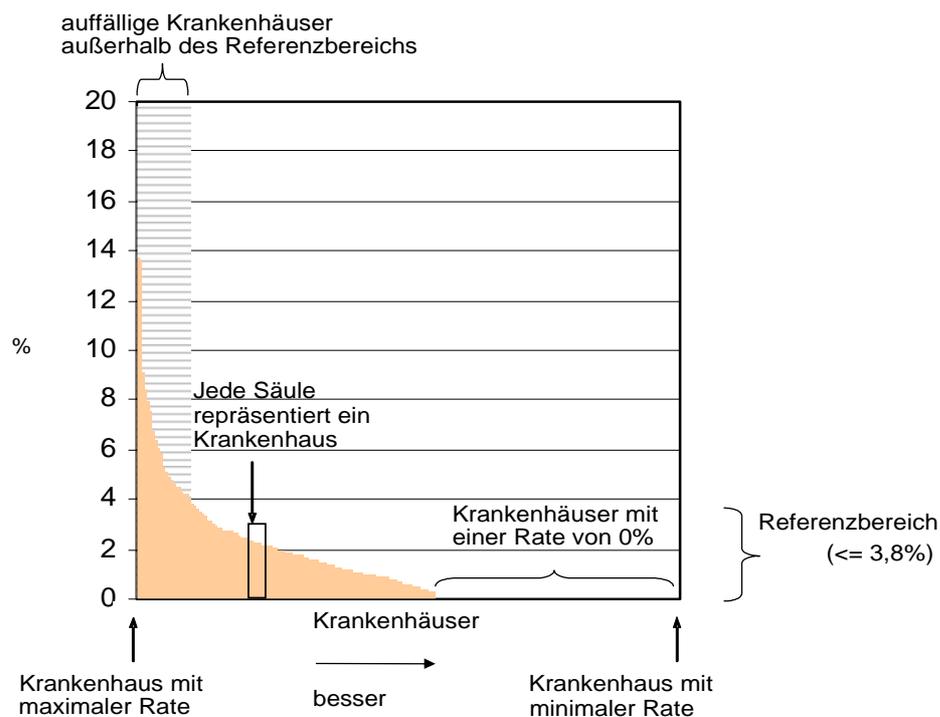
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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