

Auswertung 3. Quartal 2012 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 13
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.244
Datensatzversion: apo_hh 2012 2.0
Datenbankstand: 01. November 2012
2012 - D12148-L79380-P37951

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 309
D-20537 Hamburg

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

Grundgesamtheit und Vorjahresdaten

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			82,6%	>= 45%	1.1
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			89,5%	>= 75%	1.3
QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			89,6%	>= 65%	1.5
QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,5%	>= 90%	1.7
QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			95,5%	>= 90%	1.9
QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			79,2%	>= 55%	1.11
QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			89,0%	>= 70%	1.13
QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,9%	>= 95%	1.15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			97,6%	>= 90%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
bei Patienten mit TIA			0,2%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			2,8%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			19,3%	<= 25%	1.19
QI 11: Screening für Schluckstörungen			87,4%	>= 60%	1.24
QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			32,5%	>= 30%	1.26
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			61,1%	nicht definiert	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			51,7%	nicht definiert	1.28
0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 30 Minuten			59,0%	nicht definiert	1.28
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			89,9%	>= 60%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			86,8%	>= 60%	1.28
0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			89,2%	>= 60%	1.28
> 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			87,2%	>= 60%	1.28

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyserate					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25			61,7%	>= 30%	1.39
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			14,1%	>= 4%	1.39
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			54,9%	>= 25%	1.39
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			11,1%	>= 4%	1.39
QI 15: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			22,5%	nicht definiert	1.45
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			0,0%	nicht definiert	1.45
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 30 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			21,4%	nicht definiert	1.45
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			82,0%	>= 70%	1.45
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			84,6%	>= 60%	1.45
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			82,1%	>= 70%	1.45
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			85,7%	>= 60%	1.45
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			52,2%	>= 30%	1.56

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 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.395 / 1.688	82,6%
Vertrauensbereich				80,7% - 84,4%
Referenzbereich		>= 45%		>= 45%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.542 / 1.977	78,0%
Vertrauensbereich				76,1% - 79,8%

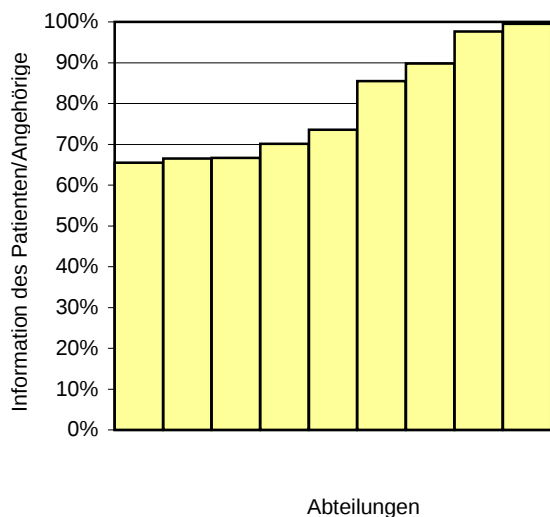
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83254]:

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: 65,5% - 99,6%

Median der Abteilungswerte: 73,5%

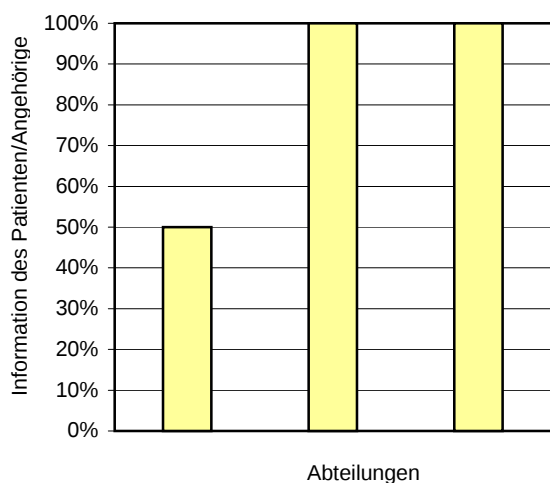


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben 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 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich		 $\geq 75\%$	536 / 599 86,7% - 91,8% $\geq 75\%$	89,5%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich		 $\geq 75\%$	663 / 713 90,9% - 94,8% $\geq 75\%$	93,0%

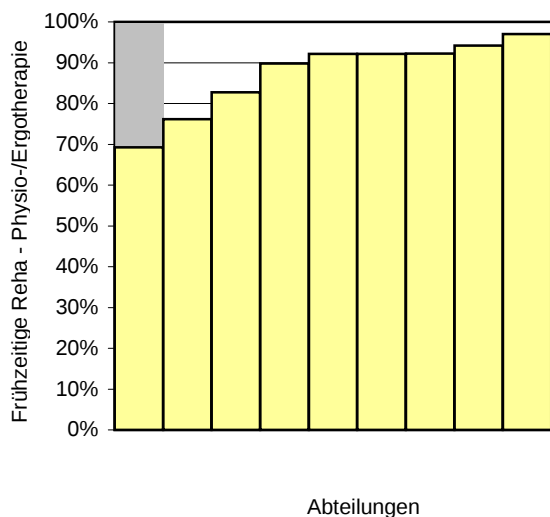
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83284]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 69,2% - 97,0%

Median der Abteilungswerte: 92,1%

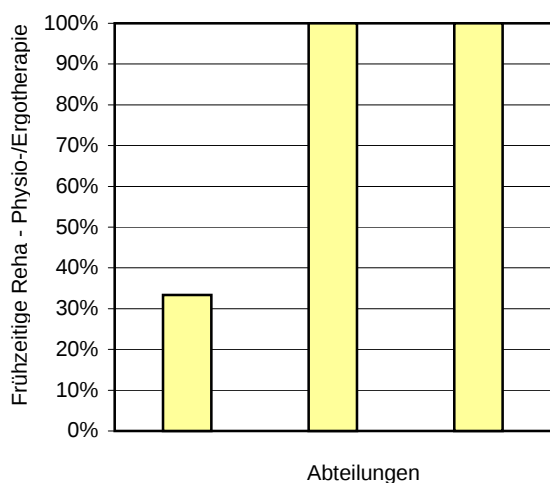


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben 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 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			589 / 657	89,6%
Vertrauensbereich				87,1% - 91,9%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			702 / 785	89,4%
Vertrauensbereich				87,1% - 91,5%

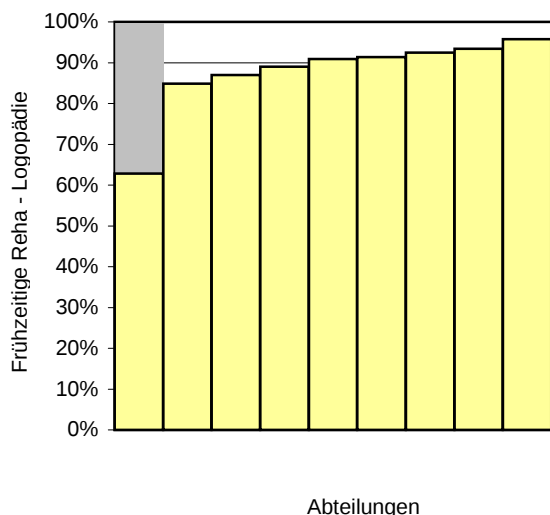
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83285]:

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: 62,9% - 95,7%

Median der Abteilungswerte: 90,9%

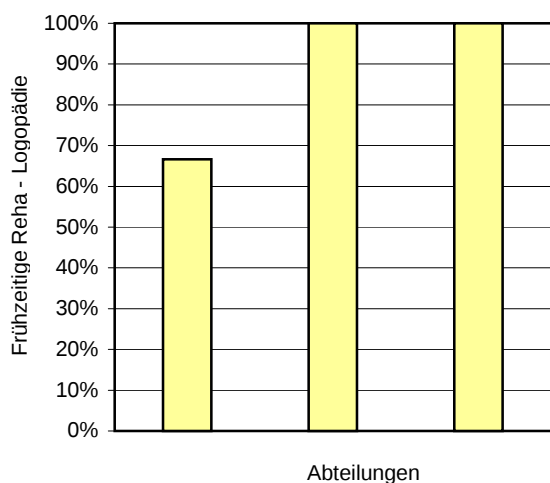


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			950 / 984	96,5%
Vertrauensbereich				95,2% - 97,6%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.171 / 1.219	96,1%
Vertrauensbereich				94,8% - 97,1%

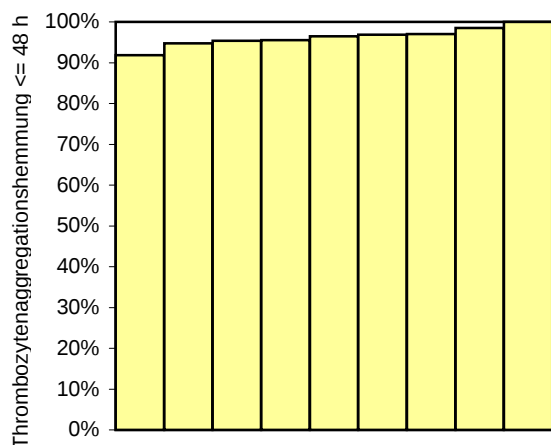
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83286]:

Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern ≤ 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: 91,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,5%



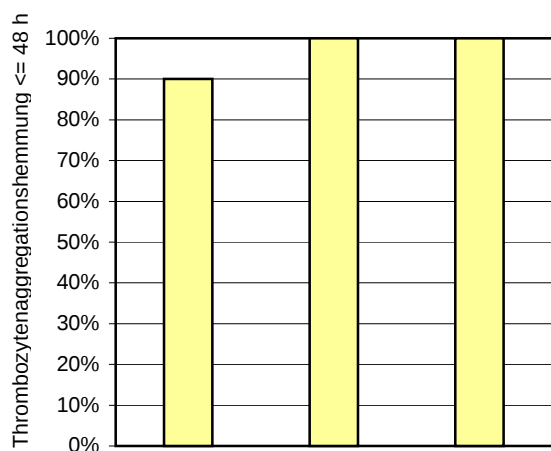
Abteilungen

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.227 / 1.285	95,5%
Vertrauensbereich				94,2% - 96,6%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.471 / 1.559	94,4%
Vertrauensbereich				93,1% - 95,4%

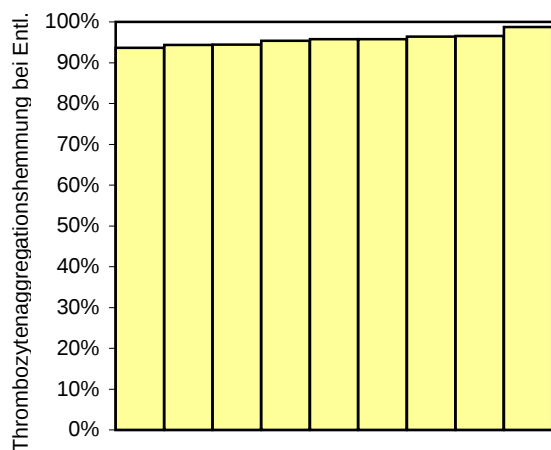
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83287]:

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: 93,7% - 98,8%

Median der Abteilungswerte: 95,8%



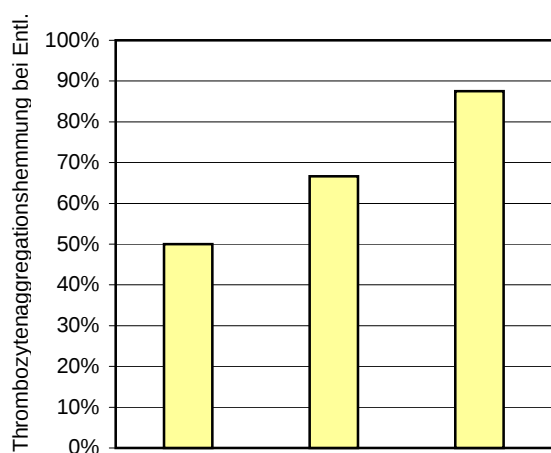
Abteilungen

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 50,0% - 87,5%

Median der Abteilungswerte: 66,7%



Abteilungen

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 55%

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			190 / 240	79,2%
Vertrauensbereich				73,5% - 84,1%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			207 / 290	71,4%
Vertrauensbereich				65,8% - 76,5%

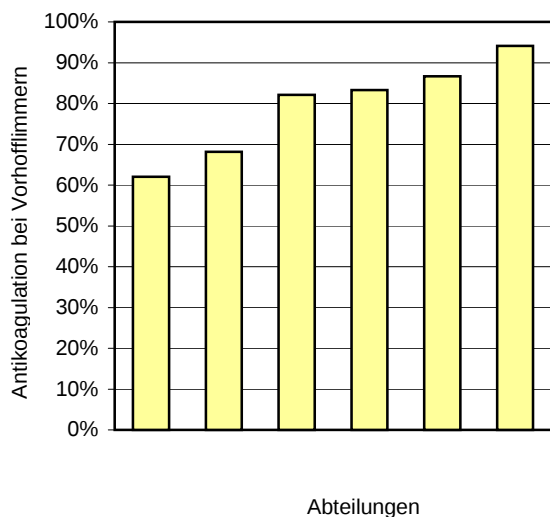
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83288]:

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: 62,1% - 94,1%

Median der Abteilungswerte: 82,7%

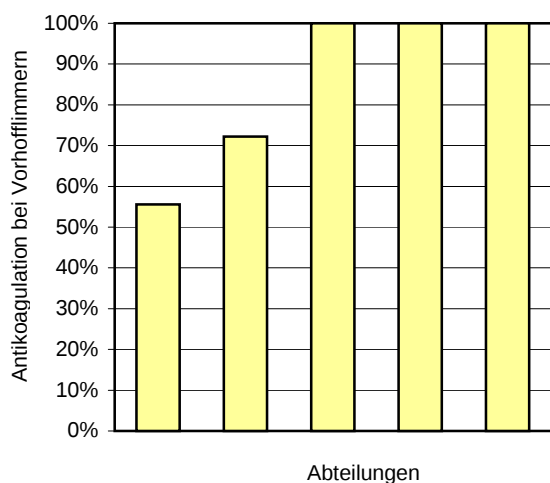


6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 55,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



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 <= 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:	>= 70%

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			726 / 816	89,0%
Vertrauensbereich				86,6% - 91,0%
Referenzbereich		>= 70%		>= 70%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			822 / 950	86,5%
Vertrauensbereich				84,2% - 88,6%

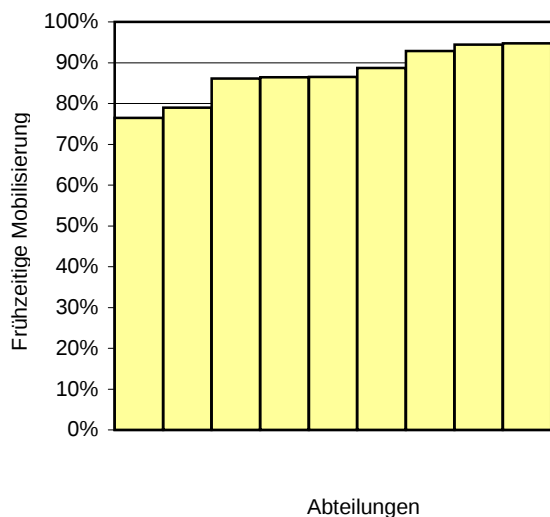
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83290]:

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: 76,5% - 94,8%

Median der Abteilungswerte: 86,5%

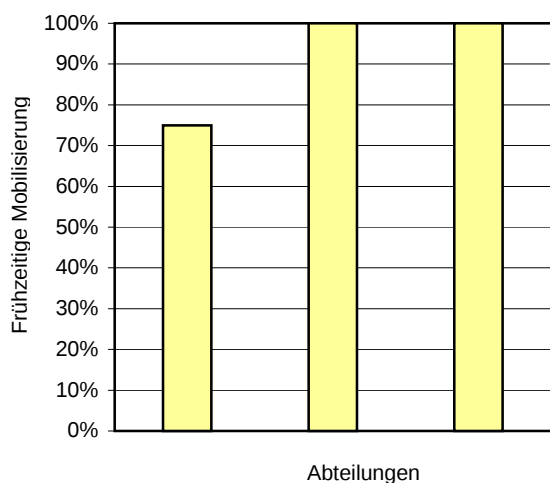


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben 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 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.763 / 1.764	99,9%
Vertrauensbereich				99,7% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

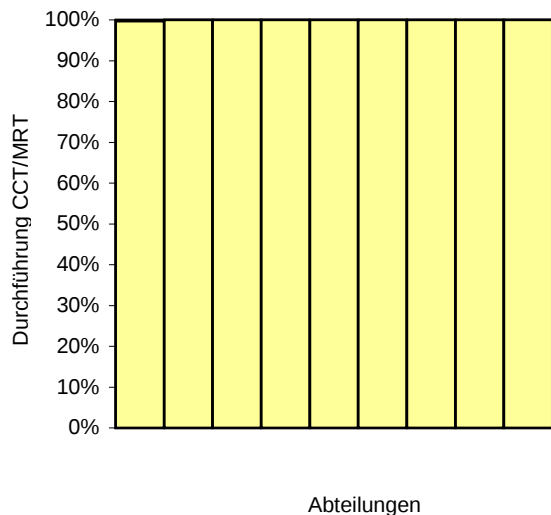
Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.075 / 2.082	99,7%
Vertrauensbereich				99,3% - 99,9%

**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: 99,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%

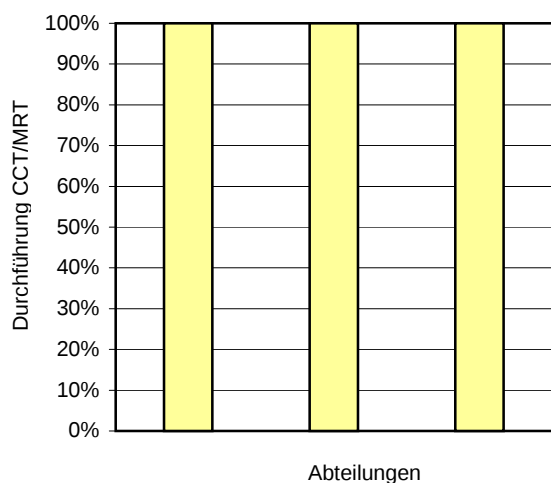


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben 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 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.611 / 1.650	97,6%
Vertrauensbereich				96,8% - 98,3%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.892 / 1.955	96,8%
Vertrauensbereich				95,9% - 97,5%

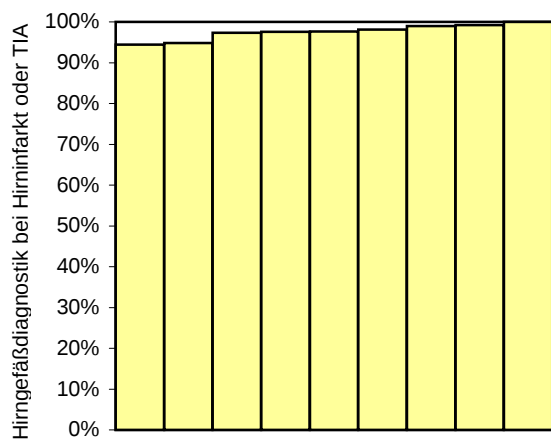
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83292]:

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: 94,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,7%



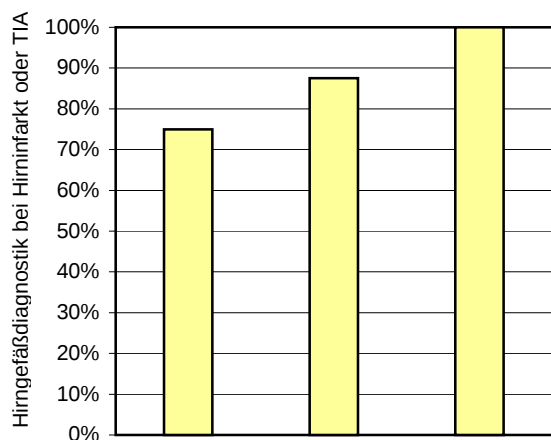
Abteilungen

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 87,5%



Abteilungen

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

Gesamt 2012 III. Qu.			
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	1 / 584 0,2%	30 / 1.066 2,8%	22 / 114 19,3%
Vertrauensbereich	0,0% - 1,0%	1,9% - 4,0%	12,5% - 27,8%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 25%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich			

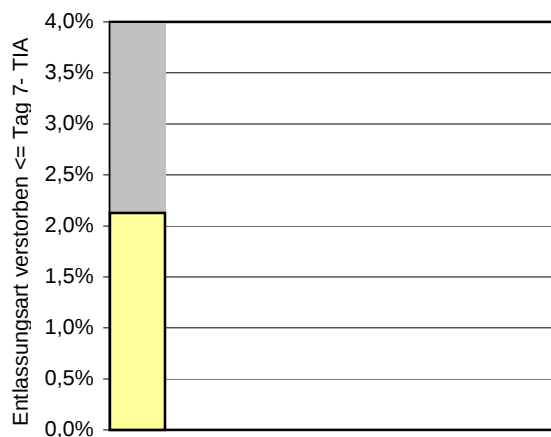
Vorjahresdaten	Gesamt 2011 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 643 0,0% 0,0% - 0,6%	46 / 1.312 3,5% 2,6% - 4,7%	16 / 127 12,6% 7,4% - 19,7%

**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% - 2,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



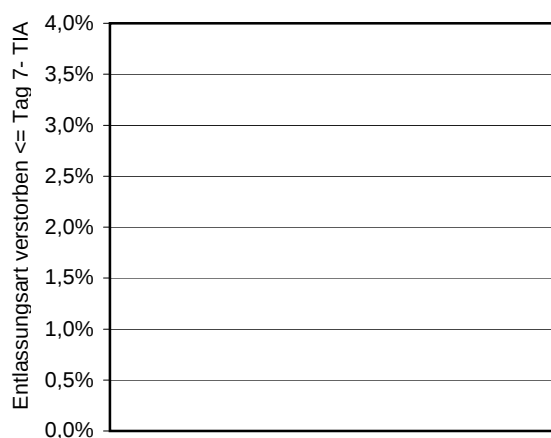
Abteilungen

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

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

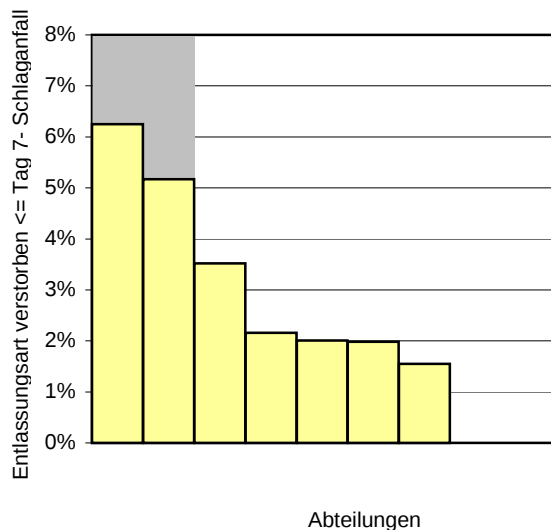
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83385]:

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: 0,0% - 6,3%

Median der Abteilungswerte: 2,0%

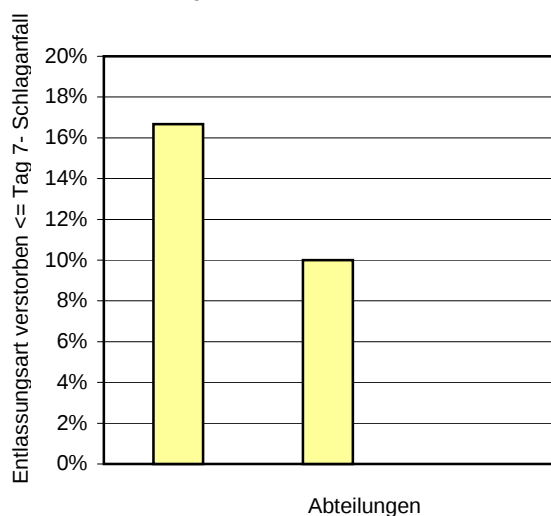


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 16,7%

Median der Abteilungswerte: 10,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

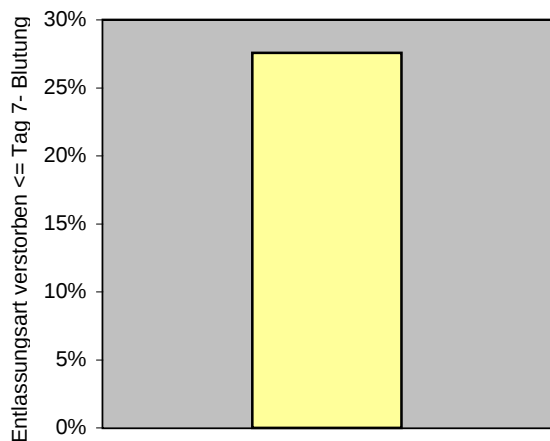
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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: 27,6% - 27,6%

Median der Abteilungswerte: 27,6%



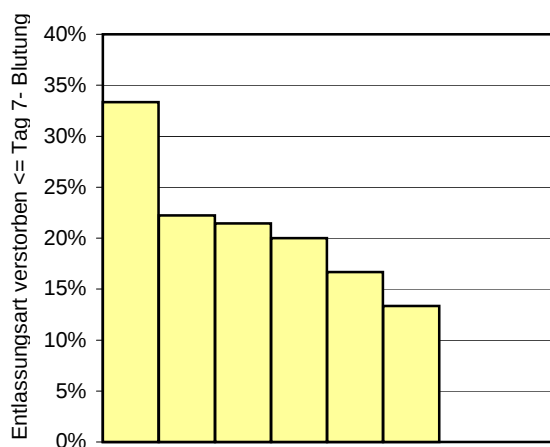
Abteilungen

1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 18,3%



Abteilungen

8 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: $\geq 60\%$

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			854 / 977	87,4%
Vertrauensbereich				85,2% - 89,4%
Referenzbereich		$\geq 60\%$		$\geq 60\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			996 / 1.191	83,6%
Vertrauensbereich				81,4% - 85,7%

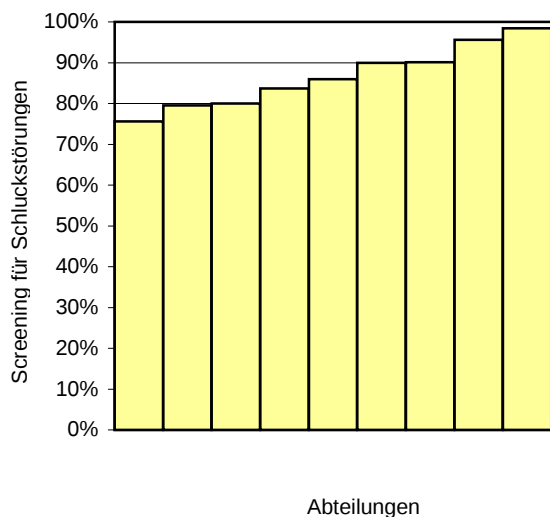
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83294]:

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: 75,6% - 98,4%

Median der Abteilungswerte: 86,0%

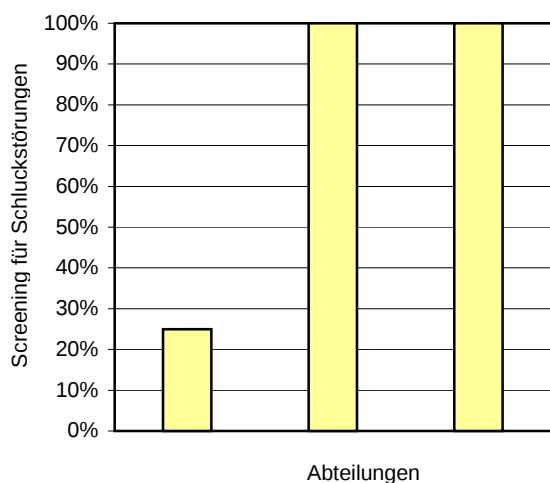


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83295

Referenzbereich: >= 30%

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			128 / 1.764	7,3%
> 1 - <= 2 Stunden			260 / 1.764	14,7%
> 2 - <= 3 Stunden			186 / 1.764	10,5%
> 3 - <= 3,5 Stunden			80 / 1.764	4,5%
> 3,5 - <= 4 Stunden			58 / 1.764	3,3%
> 4 - <= 6 Stunden			206 / 1.764	11,7%
> 6 - <= 24 Stunden			324 / 1.764	18,4%
> 24 - <= 48 Stunden			137 / 1.764	7,8%
> 48 Stunden			237 / 1.764	13,4%
wake up stroke			57 / 1.764	3,2%
unbekannt			91 / 1.764	5,2%
<= 3 Stunden			574 / 1.764	32,5%
Vertrauensbereich				30,4% - 34,8%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			637 / 2.082	30,6%
Vertrauensbereich				28,6% - 32,6%

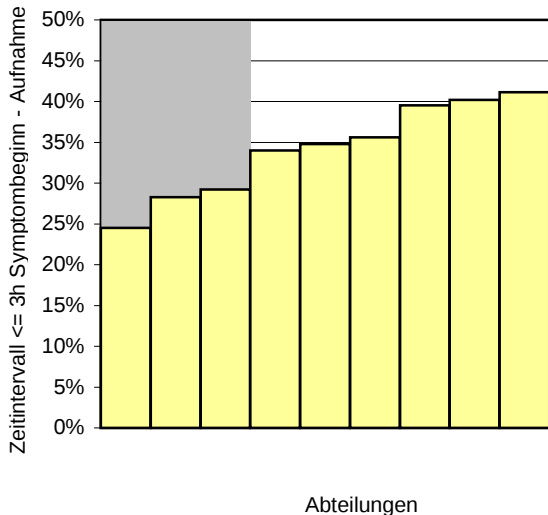
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83295]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 24,5% - 41,2%

Median der Abteilungswerte: 34,8%

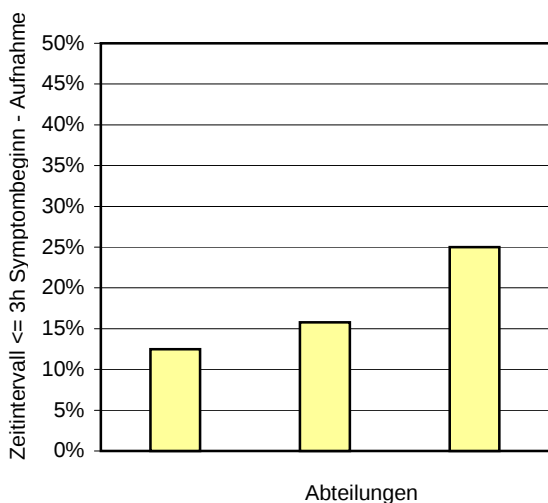


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 12,5% - 25,0%

Median der Abteilungswerte: 15,8%



3 Abteilungen haben 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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 4 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 4 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/98323 <= 60 Min. 2012/apo_hh/83303	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/98326 <= 60 Min. 2012/apo_hh/83307	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/103490 <= 60 Min. 2012/apo_hh/103491	
	Gruppe 4:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/103499	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. >= 60%	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. >= 60%	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. >= 60%	
	Gruppe 4:	<= 30 Min. >= 60%	

Abteilung 2012 III. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	nicht definiert	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 60%	>= 60%	>= 60%	>= 60%

	Abteilung 2012 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 bis 3 Stunden				
> 3 bis 6 Stunden				
> 6 Stunden				
1. Bildgebung vor Aufnahme				
keine Bildgebung erfolgt				

	Gesamt 2012 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	206 / 337 61,1%	106 / 205 51,7%	246 / 417 59,0%	66 / 125 52,8%
Vertrauensbereich	55,7% - 66,4%	44,6% - 58,7%	54,1% - 63,8%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	nicht definiert	
<= 60 Minuten	303 / 337 89,9%	178 / 205 86,8%	372 / 417 89,2%	109 / 125 87,2%
Vertrauensbereich	86,2% - 92,9%	81,4% - 91,1%	85,8% - 92,0%	80,0% - 92,5%
Referenzbereich	>= 60%	>= 60%	>= 60%	>= 60%
> 30 - 60 Minuten	97 / 337 28,8%	72 / 205 35,1%	126 / 417 30,2%	43 / 125 34,4%
> 1 bis 3 Stunden	29 / 337 8,6%	17 / 205 8,3%	34 / 417 8,2%	12 / 125 9,6%
> 3 bis 6 Stunden	4 / 337 1,2%	3 / 205 1,5%	5 / 417 1,2%	2 / 125 1,6%
> 6 Stunden	0 / 337 0,0%	4 / 205 2,0%	3 / 417 0,7%	1 / 125 0,8%
1. Bildgebung vor Aufnahme	1 / 337 0,3%	3 / 205 1,5%	3 / 417 0,7%	1 / 125 0,8%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 337 0,0%	0 / 205 0,0%	0 / 417 0,0%	0 / 125 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2011 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	238 / 396 60,1%	111 / 239 46,4%	279 / 499 55,9%	
Vertrauensbereich	55,1% - 65,0%	40,0% - 53,0%	51,4% - 60,3%	
<= 60 Minuten	348 / 396 87,9%	192 / 239 80,3%	430 / 499 86,2%	110 / 136 80,9%
Vertrauensbereich	84,2% - 90,9%	74,7% - 85,2%	82,8% - 89,1%	73,2% - 87,1%

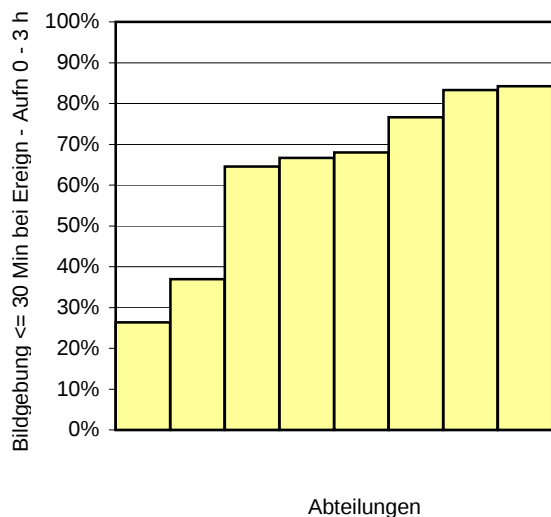
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/98323]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 26,3% - 84,2%

Median der Abteilungswerte: 67,3%

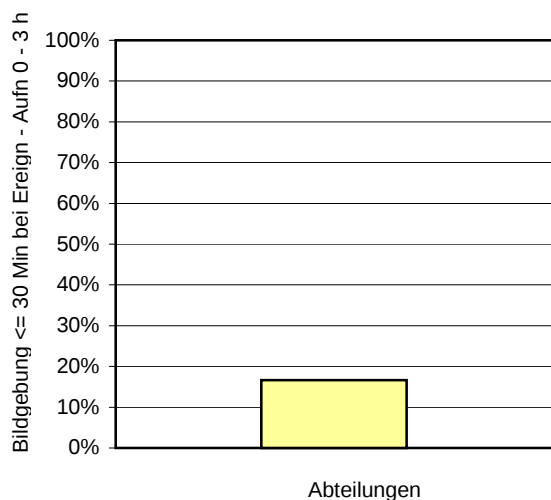


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 16,7% - 16,7%

Median der Abteilungswerte: 16,7%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

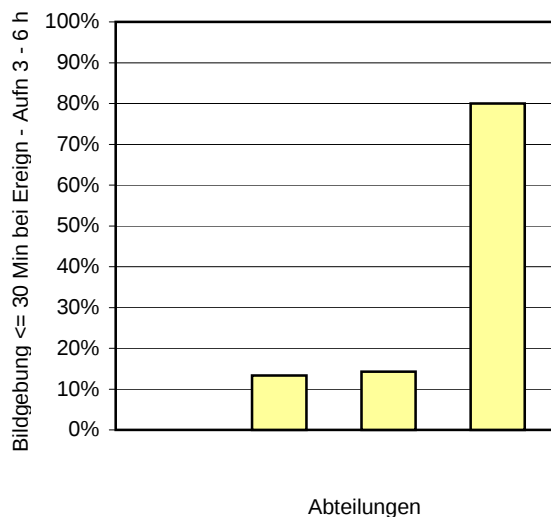
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/98326]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 20,8% - 89,7%

Median der Abteilungswerte: 61,0%

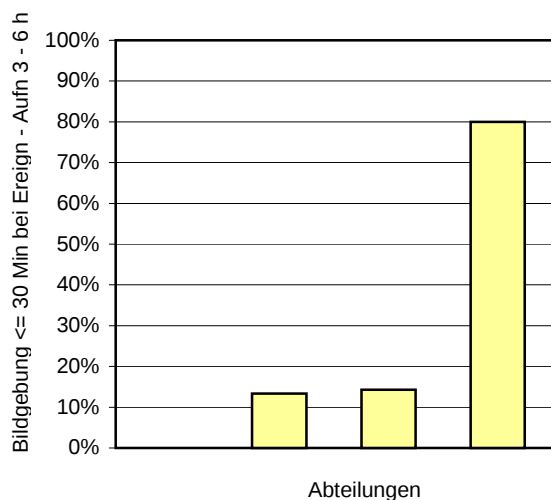


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 13,8%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

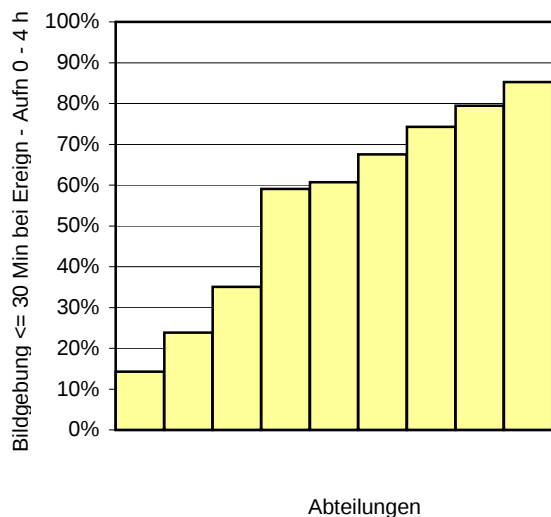
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103490]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung $\leq$ 30 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: 14,3% - 85,2%

Median der Abteilungswerte: 60,7%

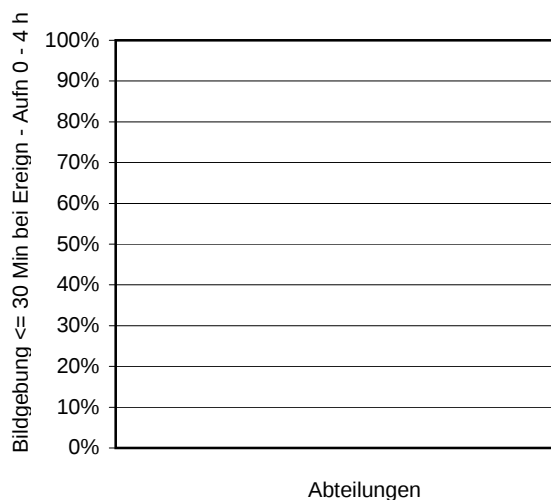


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

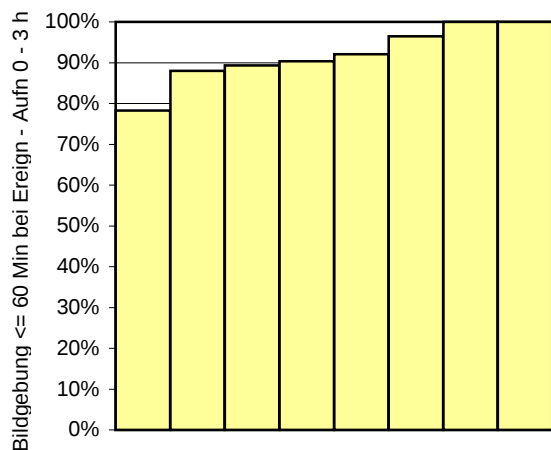
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83303]:

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: 78,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 91,2%



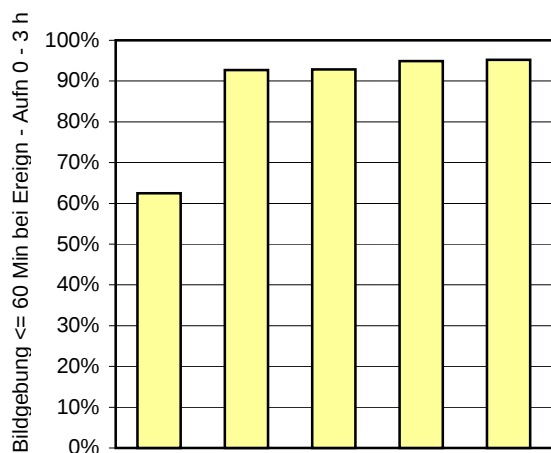
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 55,6% - 55,6%

Median der Abteilungswerte: 55,6%



Abteilungen

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

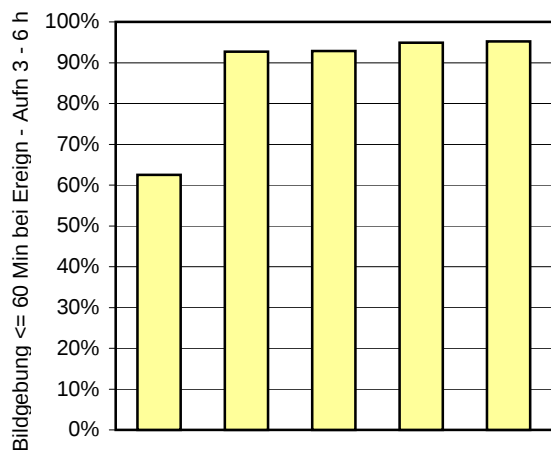
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13e, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83307]:

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: 62,5% - 95,2%

Median der Abteilungswerte: 92,9%



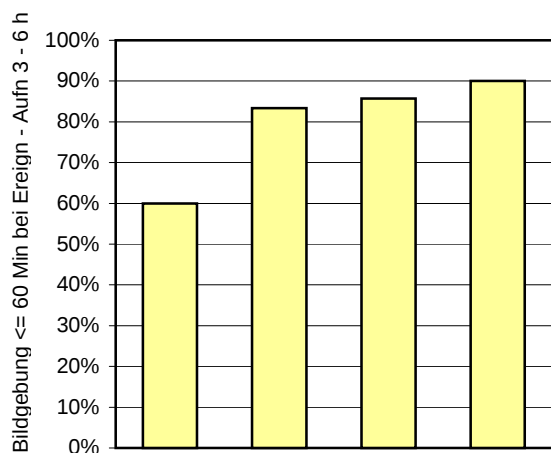
Abteilungen

5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 60,0% - 90,0%

Median der Abteilungswerte: 84,5%



Abteilungen

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

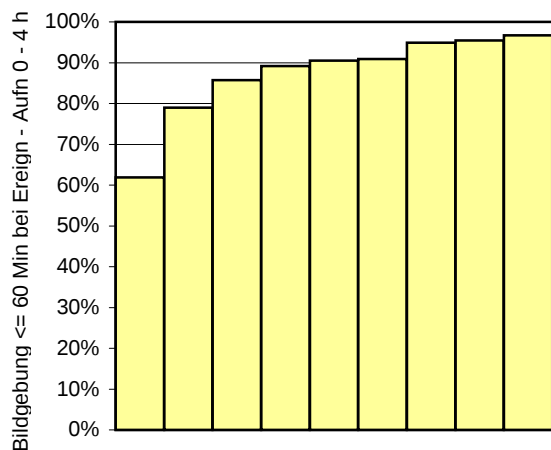
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13f, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103491]:

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: 61,9% - 96,7%

Median der Abteilungswerte: 90,5%



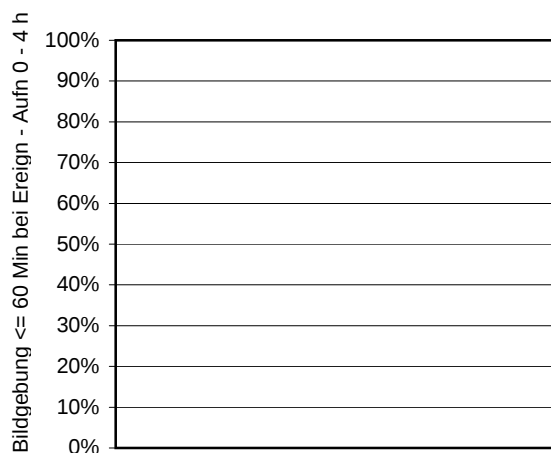
Abteilungen

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



Abteilungen

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

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

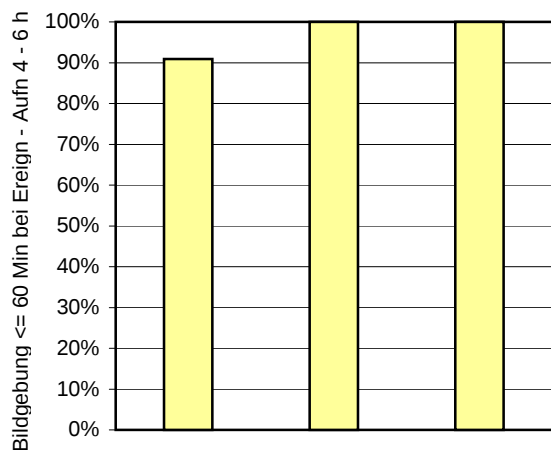
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13g, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103499]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung $\leq$ 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: 90,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



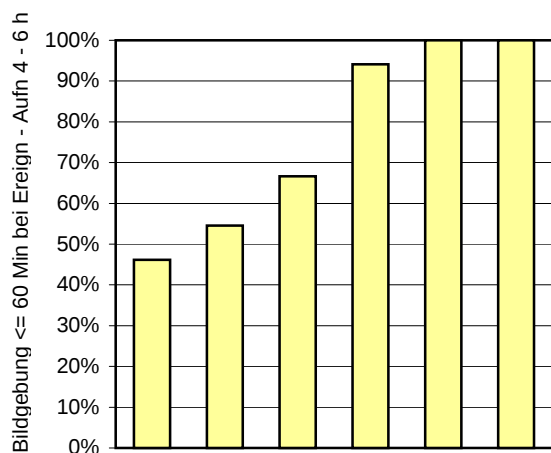
Abteilungen

3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 46,2% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 80,4%



Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyse

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

Abteilung 2012 III. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	$\geq 30\%$	$\geq 4\%$	$\geq 25\%$	$\geq 4\%$

Gesamt 2012 III. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	100 / 162	12 / 85	106 / 193	6 / 54
Vertrauensbereich	53,8% - 69,3%	7,5% - 23,4%	47,6% - 62,1%	4,1% - 22,8%
Referenzbereich	$\geq 30\%$	$\geq 4\%$	$\geq 25\%$	$\geq 4\%$

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2011 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	116 / 201 57,7% 50,6% - 64,6%	22 / 99 22,2% 14,5% - 31,7%	131 / 245 53,5% 47,0% - 59,8%	7 / 55 12,7% 5,2% - 24,6%

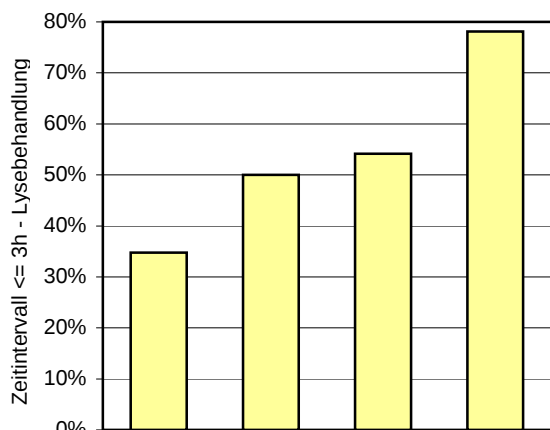
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83311]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 34,8% - 78,1%

Median der Abteilungswerte: 52,1%



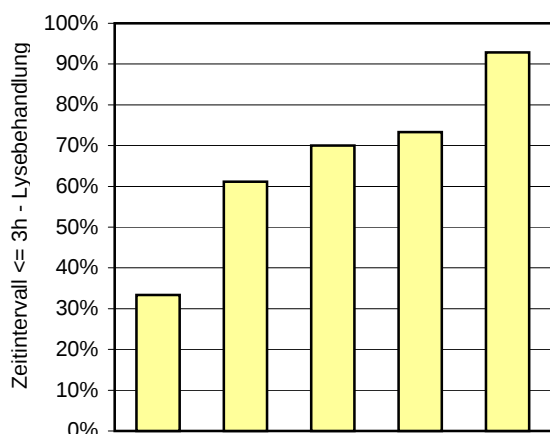
Abteilungen

4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 33,3% - 92,9%

Median der Abteilungswerte: 70,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

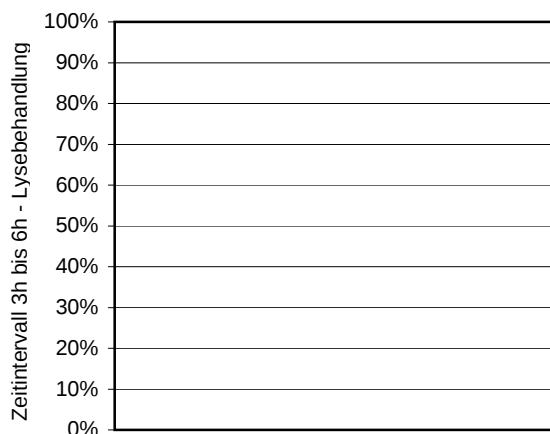
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83312]:

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 ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



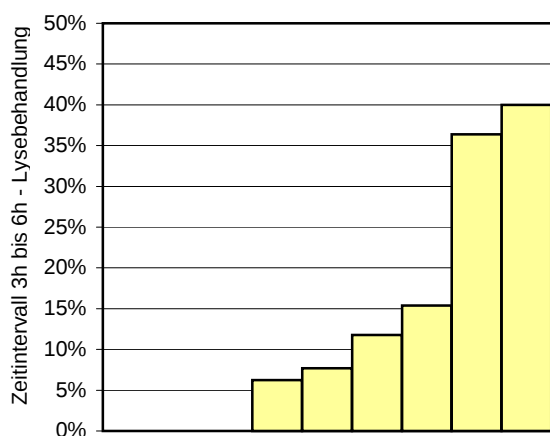
Abteilungen

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: 7,7%



Abteilungen

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

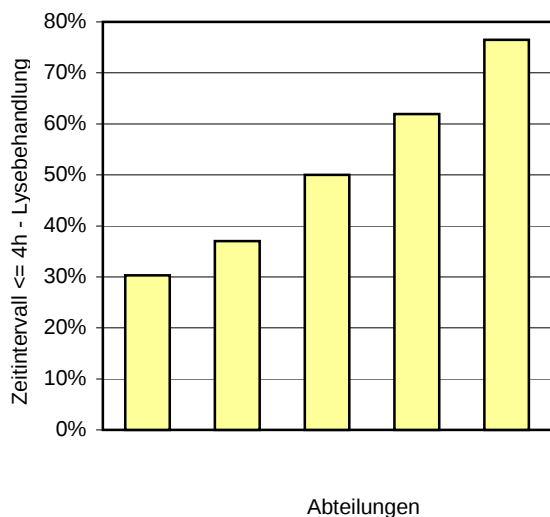
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103506]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 30,3% - 76,5%

Median der Abteilungswerte: 50,0%

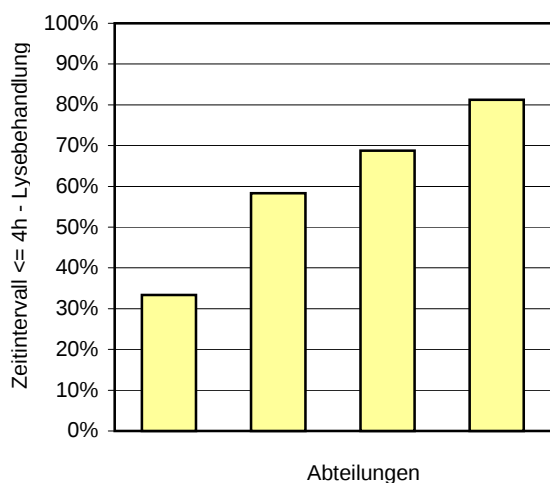


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 33,3% - 81,3%

Median der Abteilungswerte: 63,5%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

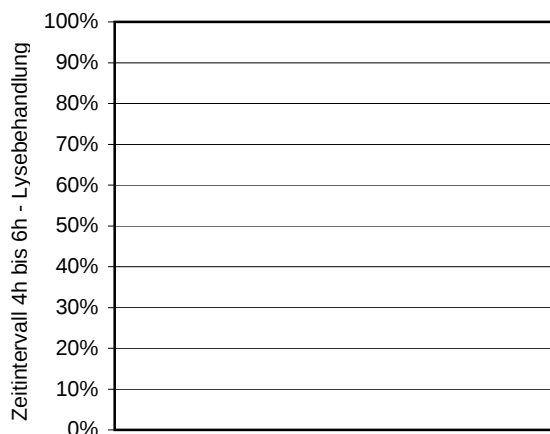
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103507]:

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 ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



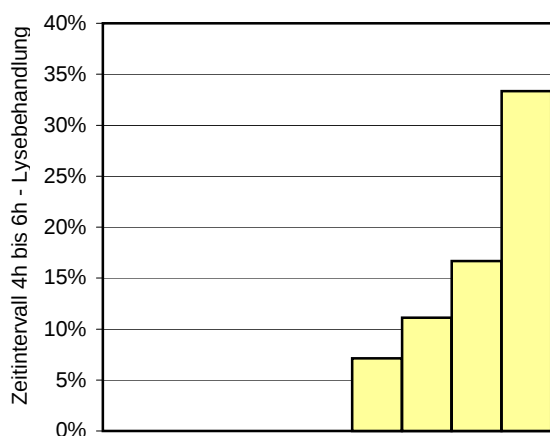
Abteilungen

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 4 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/83314 <= 60 Min. 2012/apo_hh/83313	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/83321 <= 60 Min. 2012/apo_hh/83320	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/103508 <= 60 Min. 2012/apo_hh/103509	
	Gruppe 4:	<= 30 Min. 2012/apo_hh/103518	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. >= 70%	
	Gruppe 2:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. >= 60%	
	Gruppe 3:	<= 30 Min. Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert. <= 60 Min. >= 70%	
	Gruppe 4:	<= 30 Min. >= 60%	

	Abteilung 2012 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	nicht definiert	
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	>= 70%	>= 60%	>= 70%	>= 60%

	Abteilung 2012 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
> 30 - 60 Minuten				
> 1 - 2 Stunden				
> 2 - 3 Stunden				
> 3 - 4 Stunden				
> 4 - 6 Stunden				
> 6 Stunden				
keine Lyse durchgeführt				

	Gesamt 2012 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	25 / 111 22,5%	0 / 13 0,0%	25 / 117 21,4%	0 / 7 0,0%
Vertrauensbereich	15,1% - 31,5%	0,0% - 24,8%	14,3% - 29,9%	
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	nicht definiert	
<= 60 Minuten	91 / 111 82,0%	11 / 13 84,6%	96 / 117 82,1%	6 / 7 85,7%
Vertrauensbereich	73,5% - 88,7%	54,5% - 98,1%	73,8% - 88,6%	42,1% - 99,7%
Referenzbereich	>= 70%	>= 60%	>= 70%	>= 60%
> 30 - 60 Minuten	66 / 111 59,5%	11 / 13 84,6%	71 / 117 60,7%	6 / 7 85,7%
> 1 - 2 Stunden	17 / 111 15,3%	2 / 13 15,4%	18 / 117 15,4%	1 / 7 14,3%
> 2 - 3 Stunden	2 / 111 1,8%	0 / 13 0,0%	2 / 117 1,7%	0 / 7 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 111 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 117 0,0%	0 / 7 0,0%
> 4 - 6 Stunden	1 / 111 0,9%	0 / 13 0,0%	1 / 117 0,9%	0 / 7 0,0%
> 6 Stunden	0 / 111 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 117 0,0%	0 / 7 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 111 0,0%	0 / 13 0,0%	0 / 117 0,0%	0 / 7 0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten				
Vertrauensbereich				
<= 60 Minuten				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	38 / 131 29,0%	6 / 21 28,6%	43 / 146 29,5%	
Vertrauensbereich	21,4% - 37,6%	11,2% - 52,2%	22,2% - 37,6%	
<= 60 Minuten	111 / 131 84,7%	15 / 21 71,4%	122 / 146 83,6%	4 / 6 66,7%
Vertrauensbereich	77,4% - 90,4%	47,8% - 88,8%	76,5% - 89,2%	22,2% - 95,7%

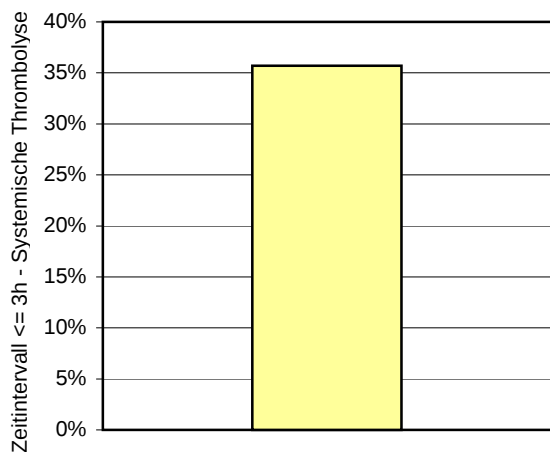
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83314]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse $\leq$ 30 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: 35,7% - 35,7%

Median der Abteilungswerte: 35,7%



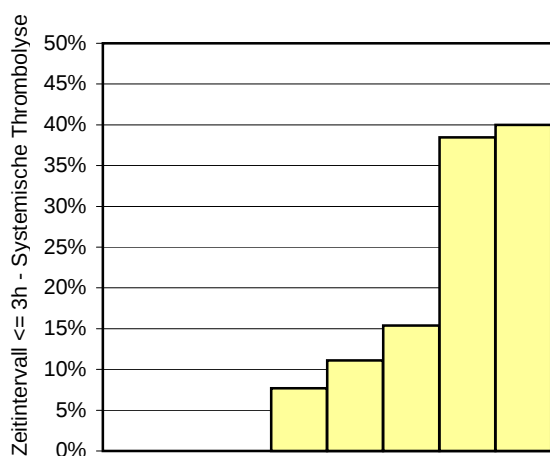
Abteilungen

1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 40,0%

Median der Abteilungswerte: 9,4%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

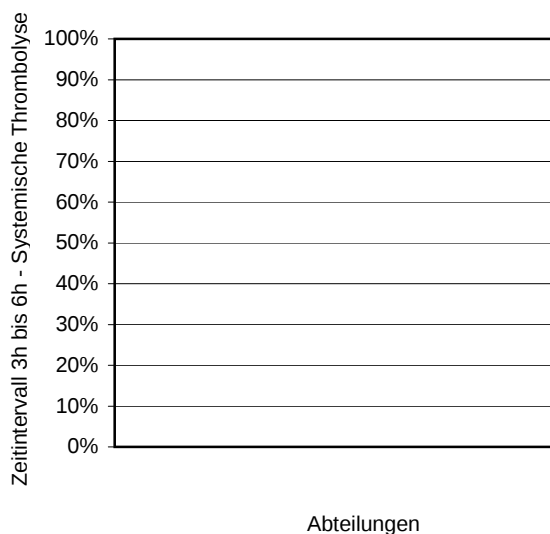
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83321]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

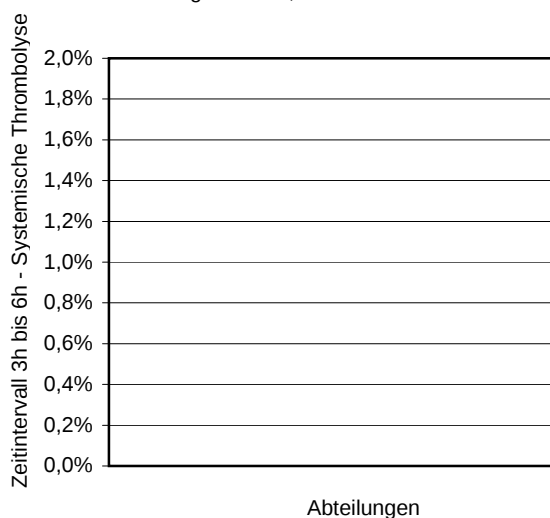


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

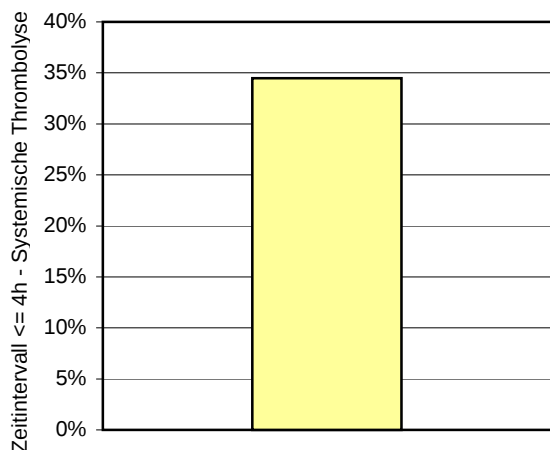
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103508]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 34,5% - 34,5%

Median der Abteilungswerte: 34,5%



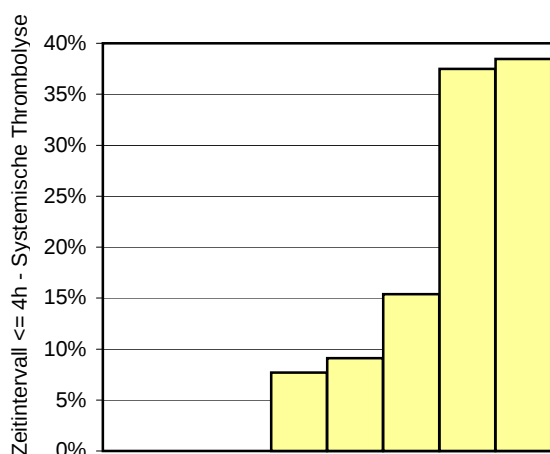
Abteilungen

1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 38,5%

Median der Abteilungswerte: 8,4%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

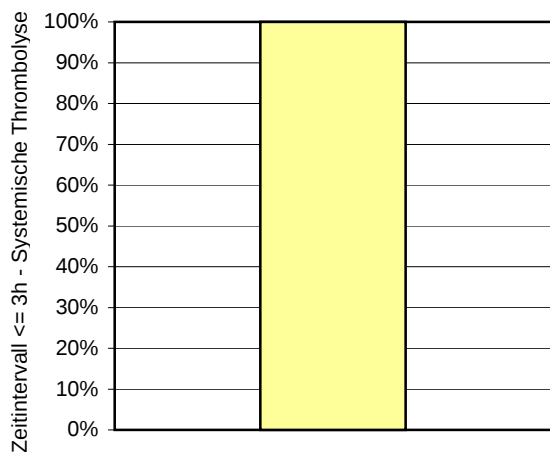
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83313]:

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: 100,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



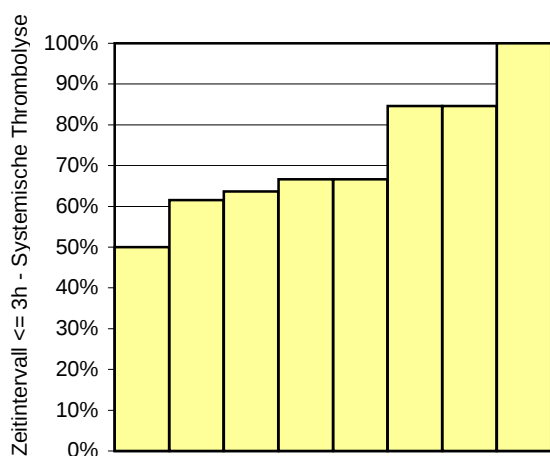
Abteilungen

1 Abteilung hat 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: 66,7%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

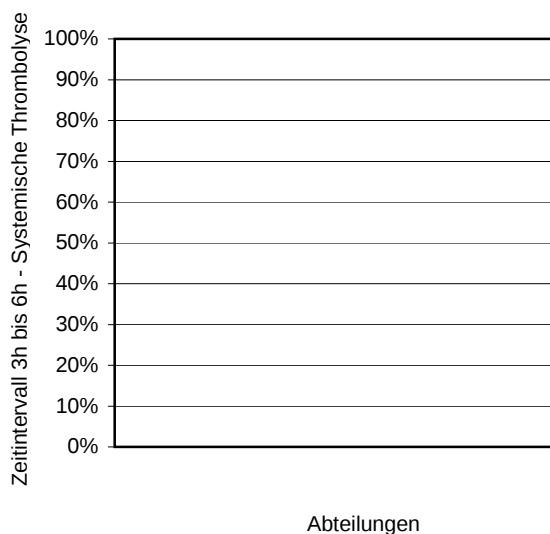
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15e, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/83320]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

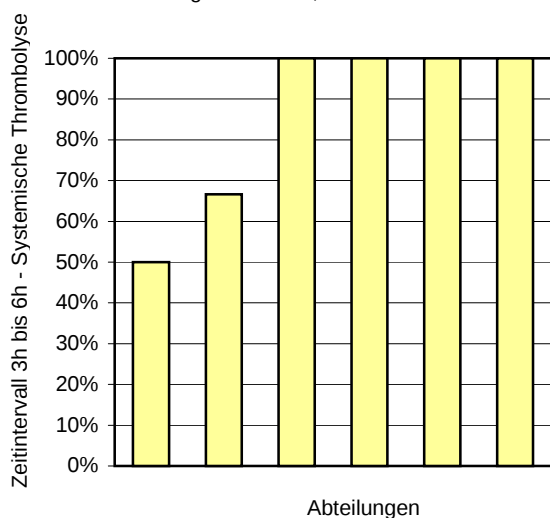


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

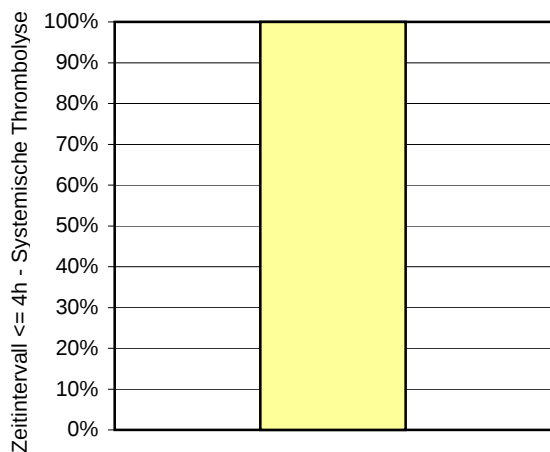
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15f, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103509]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



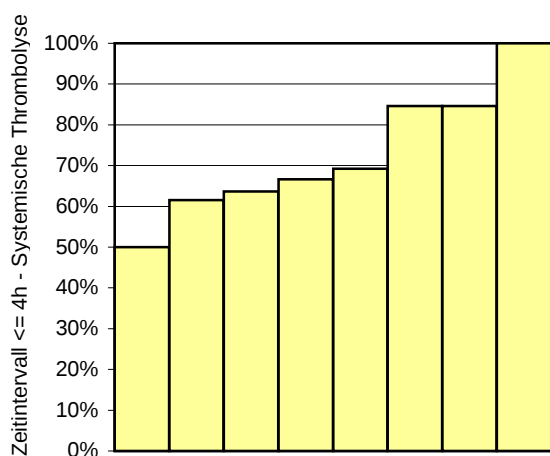
Abteilungen

1 Abteilung hat 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: 67,9%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

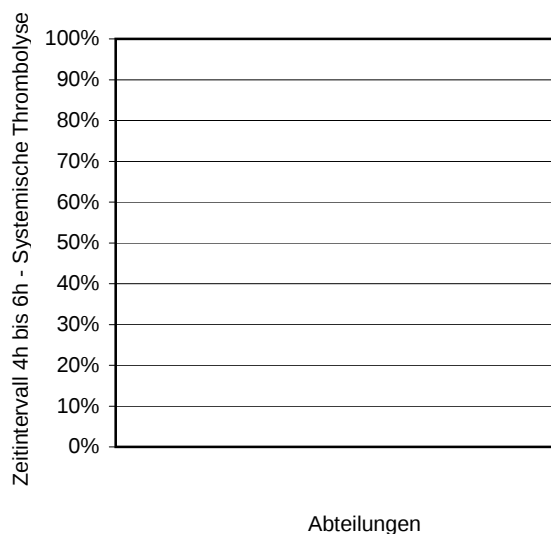
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15g, Kennzahl-ID 2012/apo_hh/103518]:

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

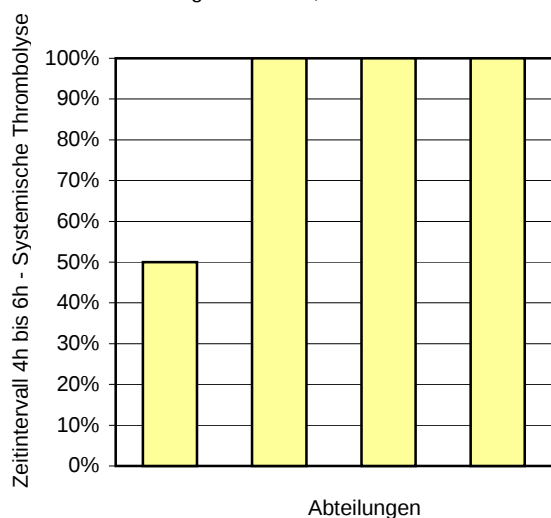


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2012/apo_hh/83372

Referenzbereich: >= 30%

	Abteilung 2012 III. Qu.	Gesamt 2012 III. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		921 / 1.764 52,2%
Vertrauensbereich		49,8% - 54,6%
Referenzbereich	>= 30%	>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011 III. Qu.	Gesamt 2011 III. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.007 / 2.082 48,4%
Vertrauensbereich		46,2% - 50,5%

Abteilung 2012 III. Qu.

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

Gesamt 2012 III. Qu.

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	238 13,5%	176 10,0%	72 4,1%	68 3,9%	12 0,7%	7 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	15 0,9%	111 6,3%	161 9,1%	69 3,9%	20 1,1%	8 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 0,2%	12 0,7%	76 4,3%	115 6,5%	31 1,8%	13 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	4 0,2%	16 0,9%	76 4,3%	74 4,2%	39 2,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	0 0,0%	9 0,5%	14 0,8%	70 4,0%	56 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%	8 0,5%	14 0,8%	96 5,4%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	5 0,3%	3 0,2%	67 3,8%
	Rankin bei Entlassung					

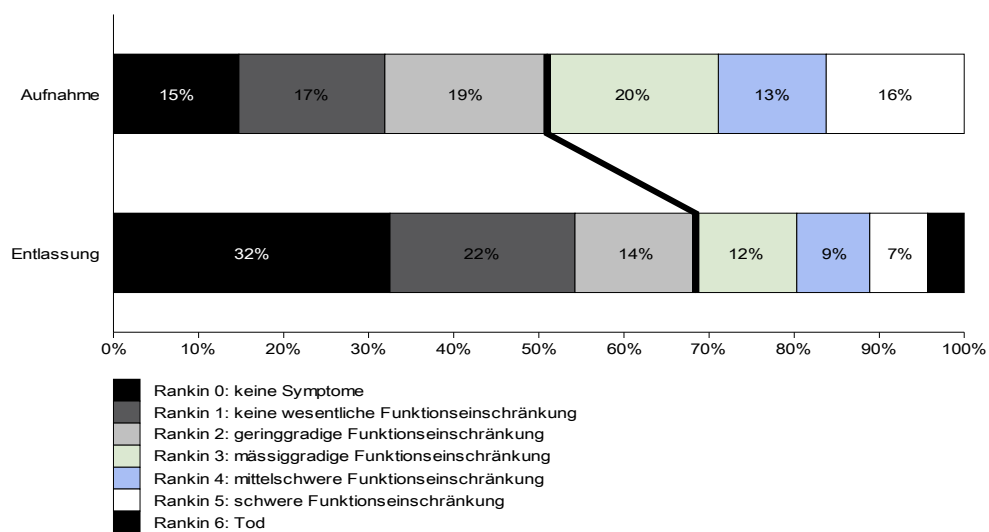
Vorjahresdaten
Abteilung 2011 III. Qu.

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

Vorjahresdaten
Gesamt 2011 III. Qu.

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
Rankin bei Aufnahme						
0 keine Symptome	305 14,6%	182 8,7%	121 5,8%	57 2,7%	22 1,1%	3 0,1%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	17 0,8%	126 6,1%	156 7,5%	80 3,8%	27 1,3%	8 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	8 0,4%	14 0,7%	110 5,3%	133 6,4%	40 1,9%	12 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,0%	4 0,2%	12 0,6%	95 4,6%	82 3,9%	22 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	4 0,2%	3 0,1%	20 1,0%	89 4,3%	62 3,0%
5 schwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	1 0,0%	4 0,2%	8 0,4%	17 0,8%	129 6,2%
6 Tod	0 0,0%	1 0,0%	4 0,2%	3 0,1%	10 0,5%	87 4,2%
Rankin bei Entlassung						

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



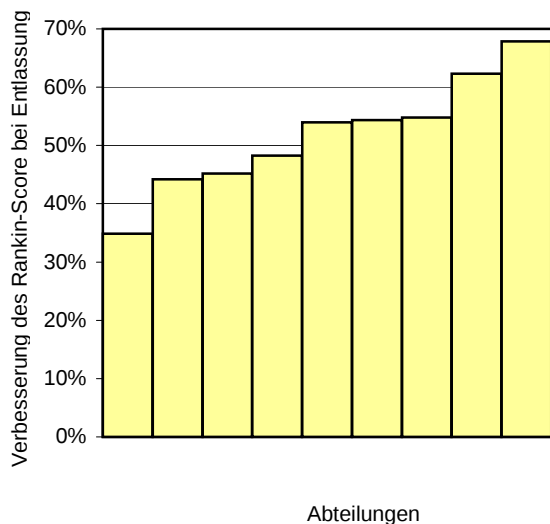
Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, 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: 34,9% - 67,9%

Median der Abteilungswerte: 54,0%

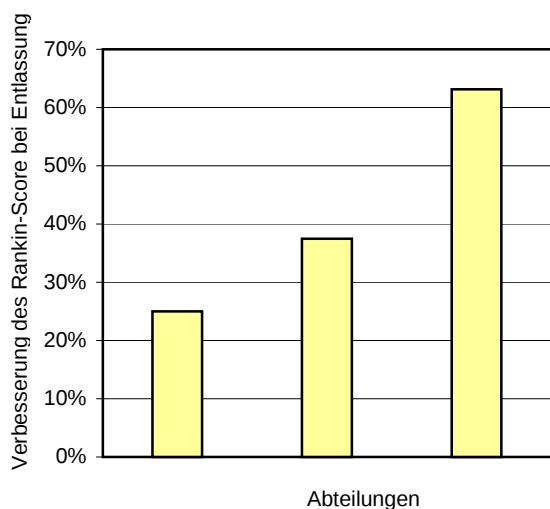


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 25,0% - 63,2%

Median der Abteilungswerte: 37,5%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			2.244	100,0	2.622	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			2.244		2.622	

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

Patienten

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.764		2.082	
Median				74,0		75,0
Geschlecht						
männlich			882	50,0	997	47,9
weiblich			882	50,0	1.085	52,1

Aufnahme

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.357	76,9	1.623	78,0
Sonnabend oder Sonntag			407	23,1	459	22,0
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			890	50,5	1.028	49,4
nein			855	48,5	1.038	49,9
nicht bestimmbar			19	1,1	16	0,8
Sprachstörung						
ja			385	21,8	509	24,4
nein			1.333	75,6	1.529	73,4
nicht bestimmbar			46	2,6	44	2,1
Sprechstörung						
ja			585	33,2	628	30,2
nein			1.109	62,9	1.386	66,6
nicht bestimmbar			70	4,0	68	3,3
Schluckstörung						
ja			295	16,7	347	16,7
nein			1.381	78,3	1.630	78,3
nicht bestimmbar			88	5,0	105	5,0
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.616	91,6	1.913	91,9
somnolent-stuporös			123	7,0	135	6,5
komatös			25	1,4	34	1,6
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			128	7,3	198	9,5
> 1 - <= 2 Stunden			260	14,7	241	11,6
> 2 - <= 3 Stunden			186	10,5	198	9,5
> 3 - <= 3,5 Stunden			80	4,5	83	4,0
> 3,5 - <= 4 Stunden			58	3,3	81	3,9
> 4 - <= 6 Stunden			206	11,7	229	11,0
> 6 - <= 24 Stunden			324	18,4	449	21,6
> 24 - <= 48 Stunden			137	7,8	161	7,7
> 48 Stunden			237	13,4	247	11,9
unbekannt			91	5,2	114	5,5
wake up stroke			57	3,2	81	3,9

Diagnostik

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.659	94,0	1.970	94,6
Bildgebung-MRT nach Ereignis			1.095	62,1	1.301	62,5
Frische Läsion in der Bildgebung			991	56,2	1.191	57,2
Schlucktest nach Protokoll			1.432	81,2	1.595	76,6
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			218	12,4	251	12,1
>= 1 - 24 Stunden			424	24,0	499	24,0
> 24 Stunden			1.122	63,6	1.332	64,0
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.672	94,8	1.961	94,2
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.650	93,5	1.926	92,5
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			366	20,7	425	20,4
früherer Schlaganfall			497	28,2	621	29,8
Vorhofflimmern			469	26,6	500	24,0
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.552		1.773	
Pneumonie			97		141	
erhöhter Hirndruck			41		55	
andere Komplikationen			118		187	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.066	60,4	1.312	63,0
TIA			584	33,1	643	30,9
ICB			114	6,5	127	6,1
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			309	17,5	359	17,2
gelegentlicher Verlust			181	10,3	230	11,0
kontinent			1.274	72,2	1.493	71,7
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			355	20,1	412	19,8
grosse Unterstützung			195	11,1	215	10,3
geringe Unterstützung			266	15,1	323	15,5
vollständig selbstständig			948	53,7	1.132	54,4
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			393	22,3	476	22,9
grosse Unterstützung			224	12,7	267	12,8
geringe Unterstützung			329	18,7	370	17,8
vollständig selbstständig			818	46,4	969	46,5
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			207	11,7	260	12,5
gelegentlicher Verlust			172	9,8	171	8,2
kontinent			1.309	74,2	1.546	74,3
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			167	9,5	187	9,0
grosse Unterstützung			134	7,6	156	7,5
geringe Unterstützung			177	10,0	219	10,5
vollständig selbstständig			1.210	68,6	1.415	68,0
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			204	11,6	246	11,8
grosse Unterstützung			156	8,8	164	7,9
geringe Unterstützung			217	12,3	281	13,5
vollständig selbstständig			1.111	63,0	1.286	61,8

Rankin Skala

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			260	14,7	334	16,0
Rankin 1			303	17,2	332	15,9
Rankin 2			336	19,0	410	19,7
Rankin 3			355	20,1	396	19,0
Rankin 4			224	12,7	287	13,8
Rankin 5			286	16,2	323	15,5
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			573	32,5	690	33,1
Rankin 1			384	21,8	414	19,9
Rankin 2			250	14,2	317	15,2
Rankin 3			210	11,9	216	10,4
Rankin 4			151	8,6	179	8,6
Rankin 5			120	6,8	161	7,7
Tod			76	4,3	105	5,0

Rehabilitation

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.174	66,6	1.226	58,9
> Tag 2 nach Aufnahme			48	2,7	27	1,3
keine			542	30,7	829	39,8
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.595	90,4	1.840	88,4
> Tag 2 nach Aufnahme			55	3,1	61	2,9
keine			114	6,5	181	8,7
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.458	82,7	1.674	80,4
> Tag 2 nach Aufnahme			45	2,6	44	2,1
keine			261	14,8	364	17,5

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			372	21,1	403	19,4
Beatmung			55	3,1	75	3,6
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.412	80,0	1.678	80,6
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.331	75,5	1.600	76,8
Thromboseprophylaxe			1.640	93,0	1.938	93,1

Entlassung

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			1.746	99,0	2.051	98,5
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.429	81,0	1.593	76,5
Entlassungsart						
verstorben			76	4,3	105	5,0
nach Hause			1.014	57,5	1.199	57,6
Pflegeeinrichtung/Heim			136	7,7	129	6,2
andere Abteilung			64	3,6	95	4,6
externe (Akut)Klinik			36	2,0	34	1,6
Reha-Klinik			438	24,8	520	25,0
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.764	100,0	2.082	100,0
Mittelwert				7,9		8,6
Median				7,0		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			140	7,9	166	8,0
Lyse i.a.			19	1,1	21	1,0
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			27	1,5	50	2,4
> 30 - <= 60 Minuten			89	5,0	92	4,4
> 1 - <= 2 Stunden			27	1,5	24	1,2
> 2 - <= 3 Stunden			2	0,1	5	0,2
> 3 - <= 4 Stunden			0	0,0	2	0,1
> 4 - <= 6 Stunden			1	0,1	0	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.618	91,7	1.909	91,7
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			696	39,5	731	35,1
> 30 - <= 60 Minuten			593	33,6	731	35,1
> 1 - <= 3 Stunden			302	17,1	416	20,0
> 3 - <= 6 Stunden			77	4,4	83	4,0
> 6 Stunden			47	2,7	49	2,4
1. Bildgebung vor Aufnahme			48	2,7	65	3,1
keine Bildgebung erfolgt			1	0,1	7	0,3
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			928	52,6	1.109	53,3
3 - 8 (mittel)			509	28,9	614	29,5
9 - 20 (schwerwiegend)			231	13,1	245	11,8
> 20 (sehr schwerwiegend)			70	4,0	88	4,2
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2012 III. Qu.		Gesamt 2012 III. Qu.		Gesamt 2011 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			1.095	62,1	1.354	65,0
Hypercholesterinämie			740	42,0	882	42,4
keine Angabe			405	23,0	401	19,3
Sekundärprophylaxe						
Statine			912	51,7	1.146	55,0
Antihypertensiva			1.047	59,4	1.326	63,7
Antidiabetika			239	13,5	285	13,7
keine Angabe			424	24,0	407	19,5
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			1.099	62,3	1.345	64,6
Pflege zu Hause			137	7,8	181	8,7
Pflege in Institution			118	6,7	142	6,8
keine Angabe			410	23,2	414	19,9

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 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.

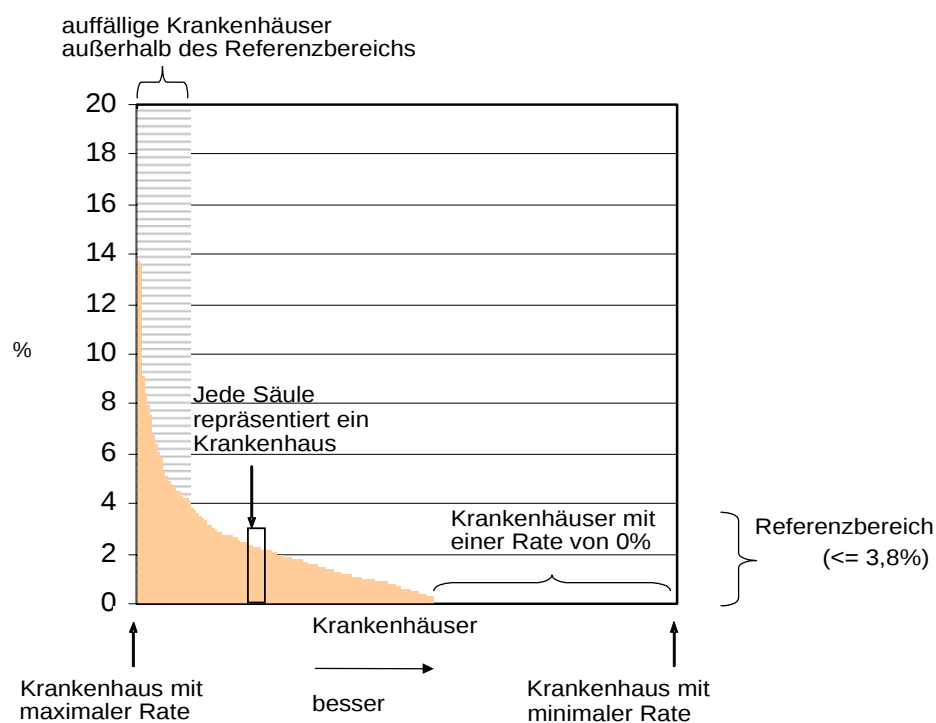
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit

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

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