

I. Quartalsauswertung 2010 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 9
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.509
Datensatzversion: apo_hh 2010 1.0
Datenbankstand: 01. Mai 2010
2010 - D9629-L66451-P30990

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 309
D-20537 Hamburg

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

Grundgesamtheit

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die im 1. Quartal 2010 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)			82,0%	>= 40%	1.1
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			91,2%	>= 75%	1.3
QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			88,7%	>= 65%	1.5
QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			95,1%	>= 90%	1.7
QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,6%	>= 90%	1.9
QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			73,1%	>= 50%	1.11
QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			87,4%	>= 66%	1.13
QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,8%	>= 95%	1.15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			95,9%	>= 90%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
bei Patienten mit TIA			0,6%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			3,3%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			11,0%	<= 30%	1.19
QI 11: Screening für Schluckstörungen			85,0%	>= 55%	1.24
QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			31,5%	>= 30%	1.26
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			86,9%	>= 55%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			80,3%	>= 55%	1.28
QI 14: Thrombolyse					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25			43,4%	>= 25%	1.32
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			13,3%	>= 3%	1.32

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 15: Systemische Thrombolyse					
door-to-needle-time					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			83,3%	>= 66%	1.35
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			76,5%	>= 55%	1.35
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score					
Aufnahme versus Entlassung					
			55,7%	>= 25%	1.39

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: 2010/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 40%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.027 / 1.252	82,0% 79,8% - 84,1% >= 40%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			1.294 / 1.966	65,8% 63,7% - 67,9%

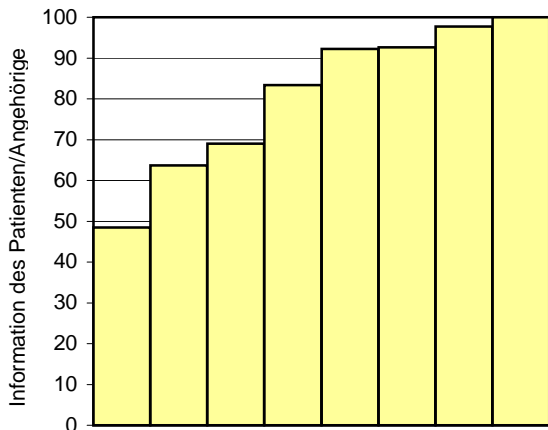
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83254]:

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: 48,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 87,8%



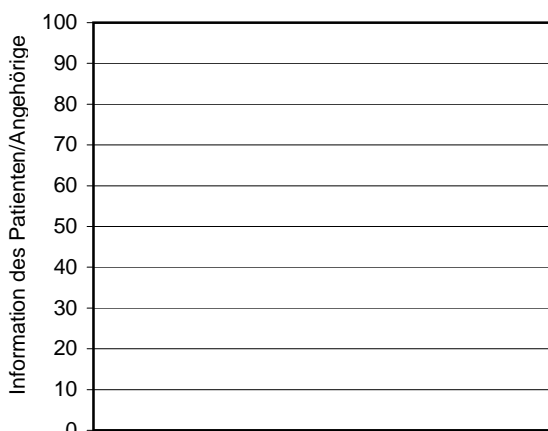
Abteilungen

8 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.

1 Abteilung hat 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: 2010/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 75%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich			469 / 514	91,2% 88,5% - 93,5% >= 75%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			689 / 778	88,6% 86,1% - 90,7%

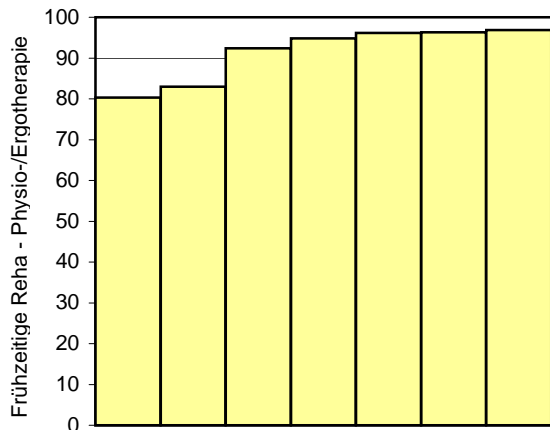
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83284]:

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: 80,3% - 96,9%

Median der Abteilungswerte: 94,8%



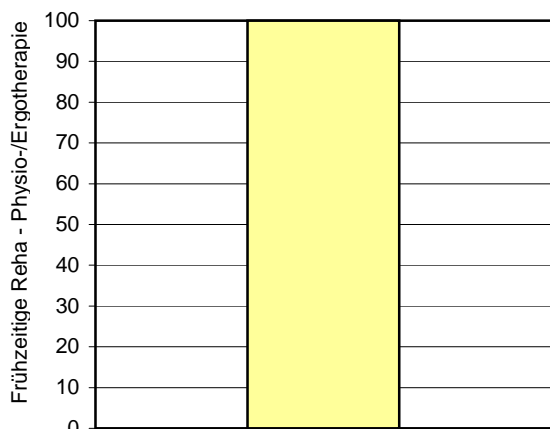
Abteilungen

7 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%



Abteilungen

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 65%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			479 / 540	88,7%
Vertrauensbereich				85,7% - 91,3%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			641 / 783	81,9%
Vertrauensbereich				79,0% - 84,5%

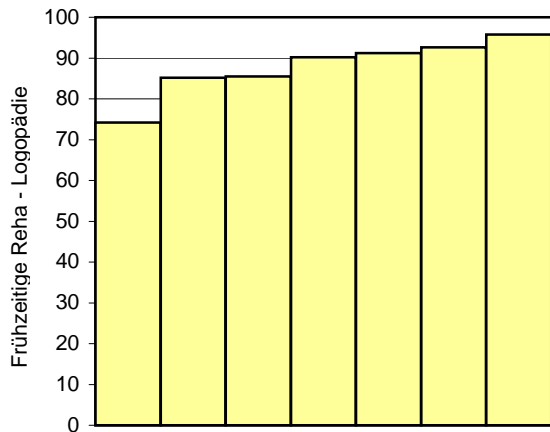
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83285]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 74,2% - 95,7%

Median der Abteilungswerte: 90,2%



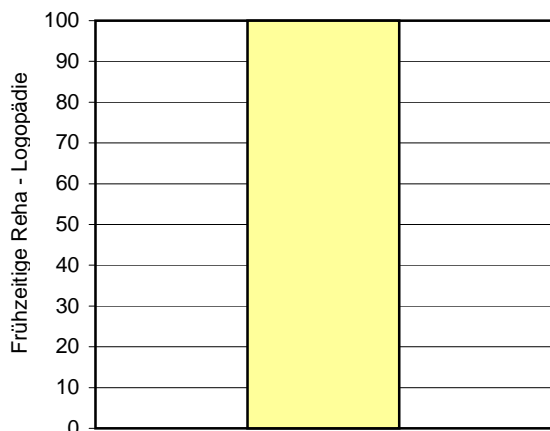
Abteilungen

7 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%



Abteilungen

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			760 / 799	95,1%
Vertrauensbereich				93,4% - 96,5%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

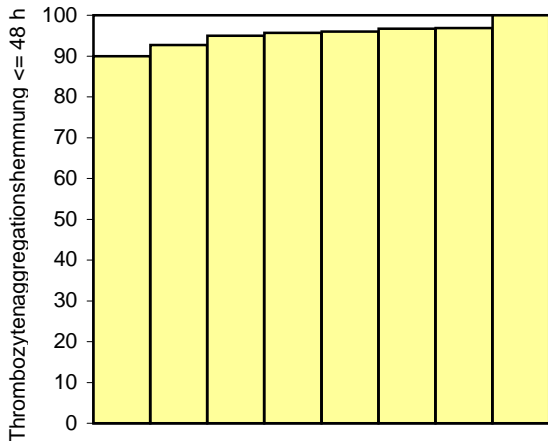
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83286]:

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: 90,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,8%



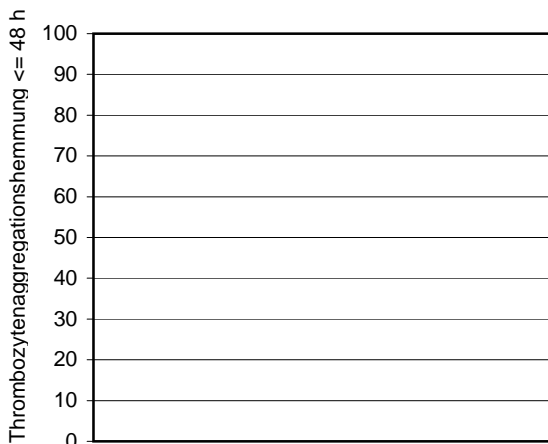
Abteilungen

8 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.

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: 2010/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			927 / 980	94,6%
Vertrauensbereich				93,0% - 95,9%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.505 / 1.582	95,1%
Vertrauensbereich				94,0% - 96,1%

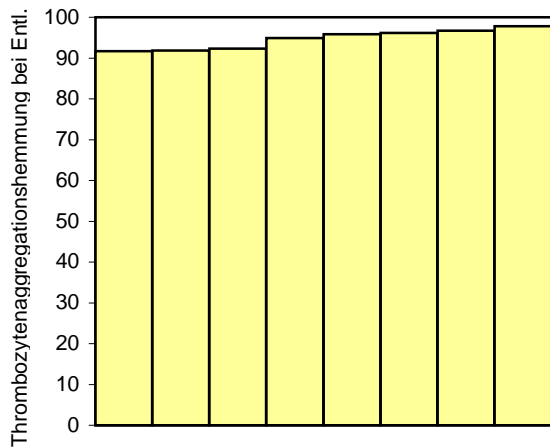
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83287]:

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: 91,7% - 97,8%

Median der Abteilungswerte: 95,4%



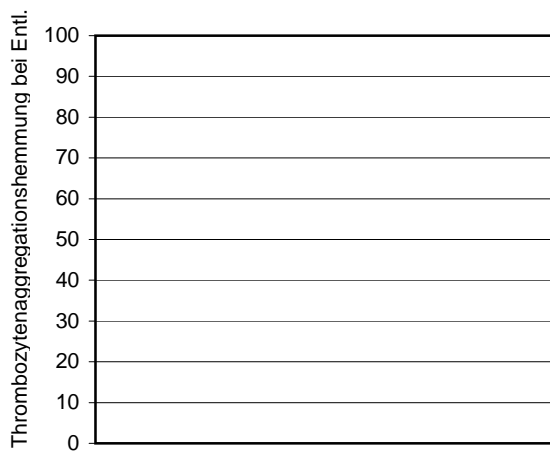
Abteilungen

8 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.

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: 2010/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 50%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			147 / 201	73,1%
Vertrauensbereich				66,4% - 79,1%
Referenzbereich		>= 50%		>= 50%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			181 / 275	65,8%
Vertrauensbereich				59,9% - 71,4%

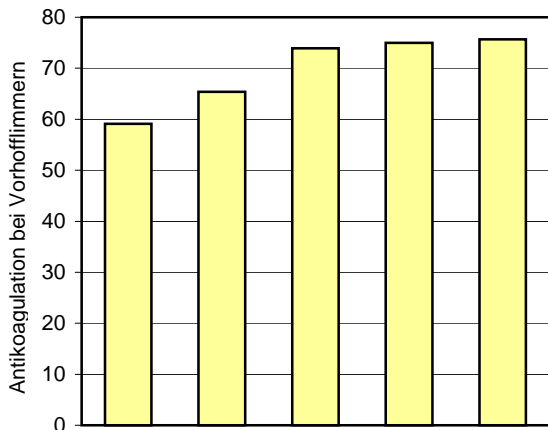
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83288]:

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: 59,1% - 75,7%

Median der Abteilungswerte: 73,9%



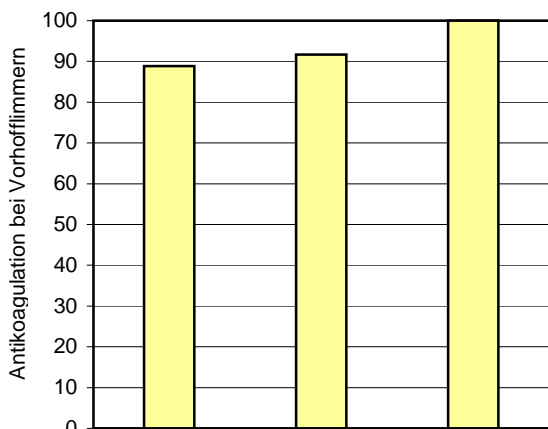
Abteilungen

5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 88,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 91,7%



Abteilungen

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Frühzeitige Mobilisierung

Qualitätsziel: Frühzeitige Mobilisierung bettlägeriger Patienten innerhalb <= 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: 2010/apo_hh/83290

Referenzbereich: >= 66%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			570 / 652	87,4%
Vertrauensbereich				84,6% - 89,9%
Referenzbereich		>= 66%		>= 66%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			847 / 1.003	84,4%
Vertrauensbereich				82,1% - 86,6%

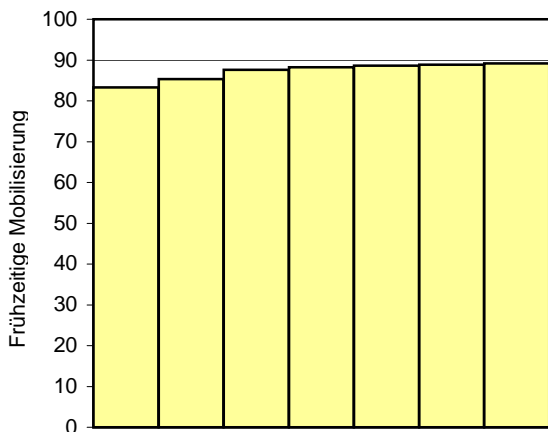
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83290]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 83,3% - 89,2%

Median der Abteilungswerte: 88,2%



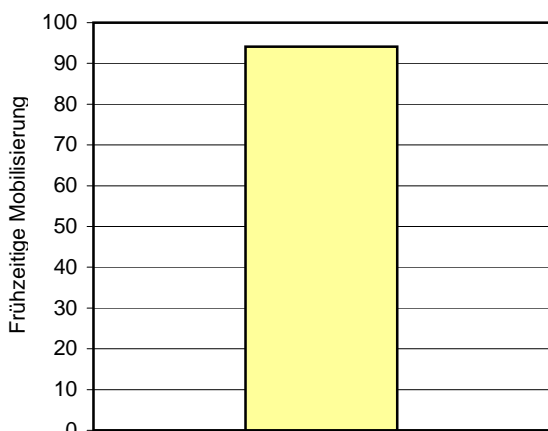
Abteilungen

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 94,1%



Abteilungen

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83291

Referenzbereich: >= 95%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.308 / 1.311	99,8%
Vertrauensbereich				99,3% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

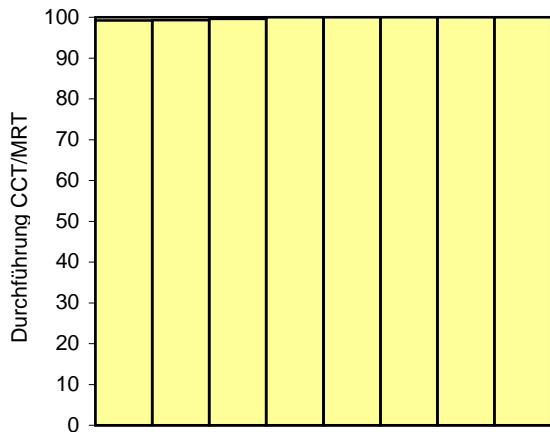
Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.075 / 2.081	99,7%
Vertrauensbereich				99,4% - 99,9%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83291]:
Anteil von Patienten mit Bildgebung (CCT und/oder MRT) an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 99,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



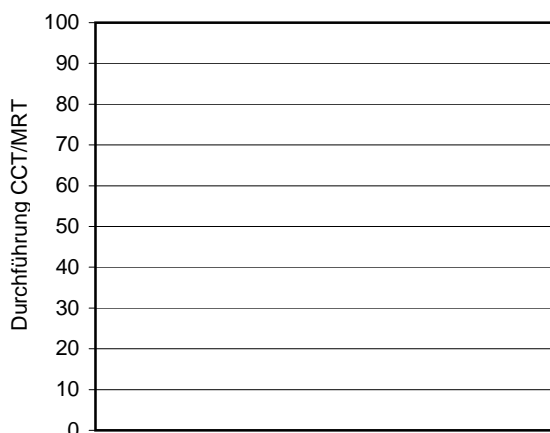
Abteilungen

8 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.

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: 2010/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.178 / 1.229	95,9%
Vertrauensbereich				94,6% - 96,9%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.876 / 1.948	96,3%
Vertrauensbereich				95,4% - 97,1%

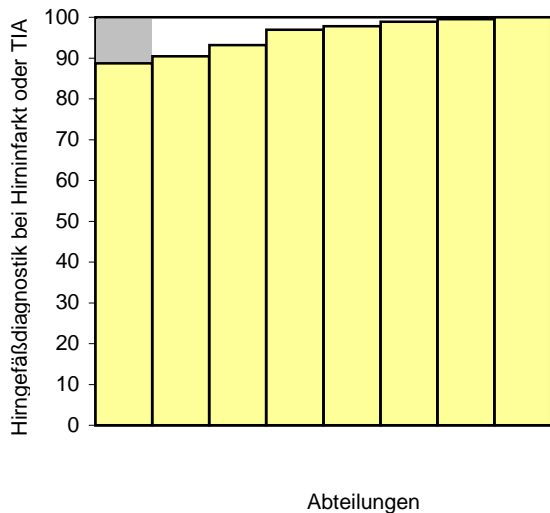
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83292]:

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: 88,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,4%

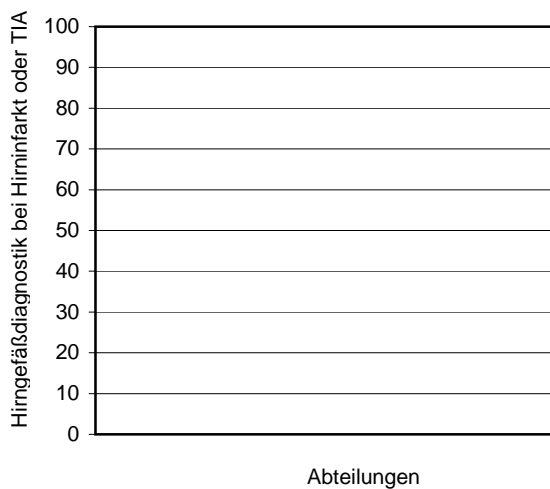


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

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: 2010/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2010/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2010/apo_hh/83386

Referenzbereich:
 Gruppe 1: <= 0,5%
 Gruppe 2: <= 4%
 Gruppe 3: <= 30%

	Abteilung 2010 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%	<= 30%

	Gesamt 2010 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	2 / 354 0,6%	29 / 875 3,3%	9 / 82 11,0%
Vertrauensbereich	0,1% - 2,1%	2,2% - 4,7%	5,1% - 19,9%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 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	■	■	■

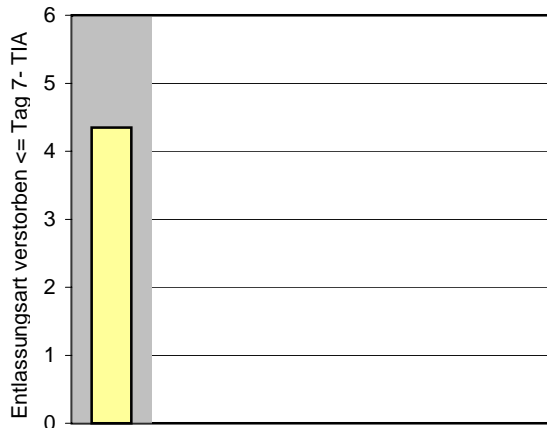
Vorjahresdaten	Gesamt 2009 I. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	2 / 702 0,3% 0,0% - 1,0%	53 / 1.246 4,3% 3,2% - 5,5%	17 / 133 12,8% 7,6% - 19,7%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Kennzahl-ID 2010/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% - 4,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

6 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.

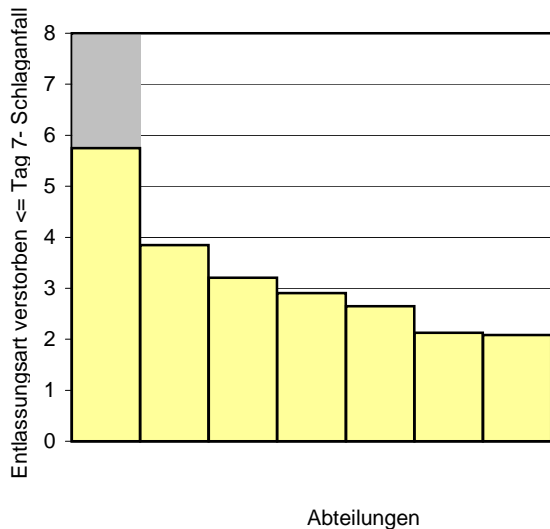
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2010/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: 2,1% - 5,7%

Median der Abteilungswerte: 2,9%

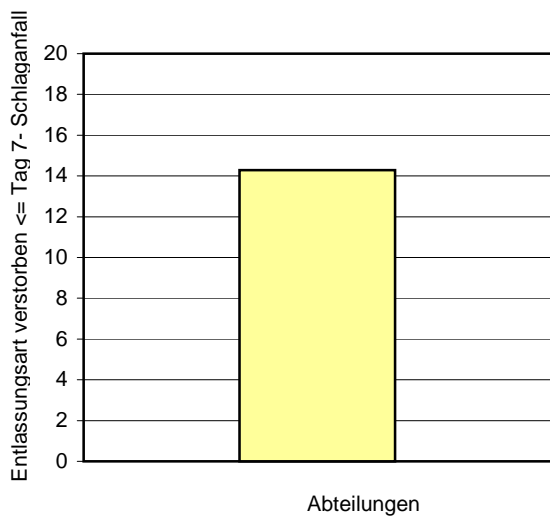


7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 14,3% - 14,3%

Median der Abteilungswerte: 14,3%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

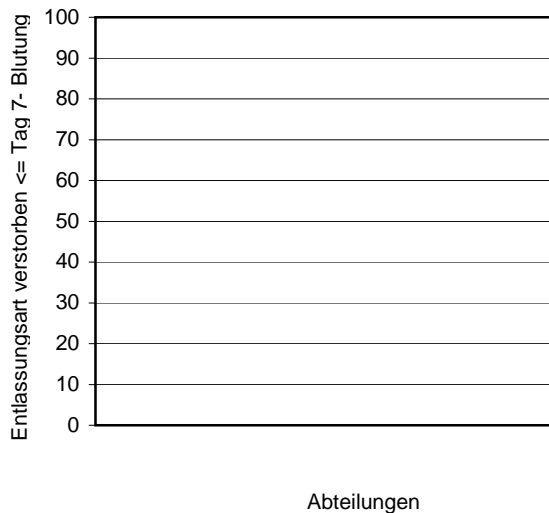
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Kennzahl-ID 2010/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

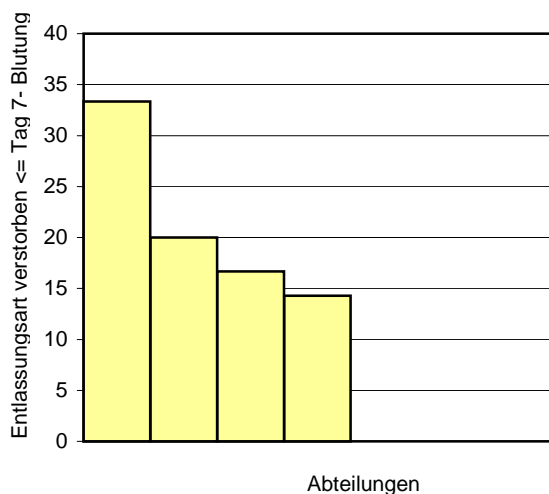


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 14,3%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

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

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 55%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			674 / 793	85,0%
Vertrauensbereich				82,3% - 87,4%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			833 / 1.119	74,4%
Vertrauensbereich				71,8% - 77,0%

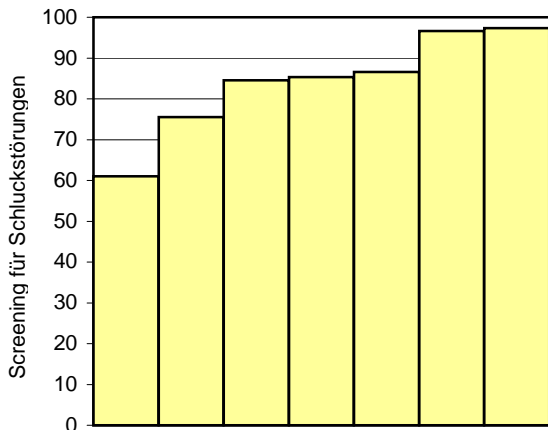
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83294]:

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: 61,1% - 97,3%

Median der Abteilungswerte: 85,4%



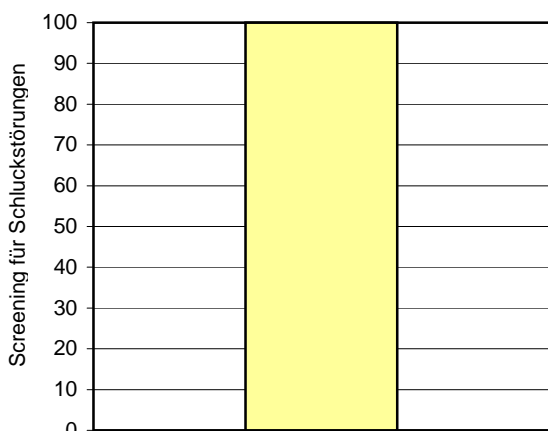
Abteilungen

7 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%



Abteilungen

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83295

Referenzbereich: $\geq 30\%$

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 1 Stunde			86 / 1.311	6,6%
> 1 - <= 2 Stunden			161 / 1.311	12,3%
> 2 - <= 3 Stunden			166 / 1.311	12,7%
> 3 - <= 3,5 Stunden			56 / 1.311	4,3%
> 3,5 - <= 4 Stunden			41 / 1.311	3,1%
> 4 - <= 6 Stunden			123 / 1.311	9,4%
> 6 - <= 24 Stunden			330 / 1.311	25,2%
> 24 - <= 48 Stunden			104 / 1.311	7,9%
> 48 Stunden			168 / 1.311	12,8%
wake up stroke			0 / 1.311	0,0%
unbekannt			76 / 1.311	5,8%
<= 3 Stunden			413 / 1.311	31,5%
Vertrauensbereich				29,0% - 34,1%
Referenzbereich		$\geq 30\%$		$\geq 30\%$

Vorjahresdaten¹	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 3 Stunden	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

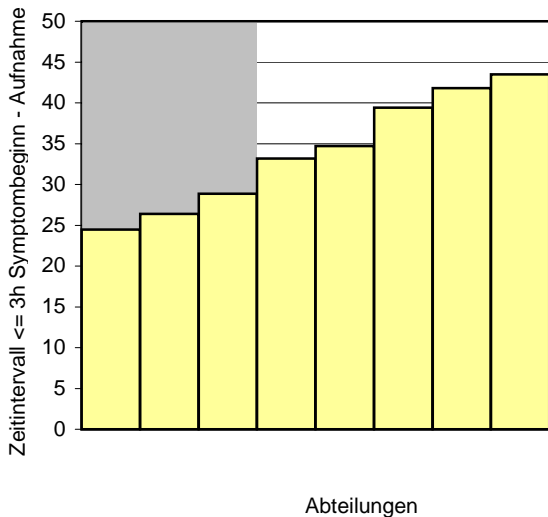
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83295]:

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: 24,5% - 43,5%

Median der Abteilungswerte: 33,9%

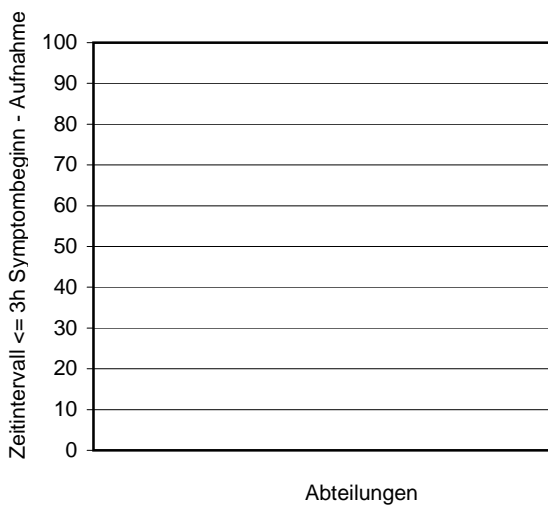


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

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**

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)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/apo_hh/83303
	Gruppe 2:	2010/apo_hh/83307
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 55%
	Gruppe 2:	>= 55%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten			158 / 291 54,3	51 / 137 37,2
<= 60 Minuten			253 / 291 86,9%	110 / 137 80,3%
Vertrauensbereich			82,5% - 90,6%	72,6% - 86,6%
Referenzbereich	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%
> 30 - 60 Minuten			95 / 291 32,6	59 / 137 43,1
> 1 bis 3 Stunden			31 / 291 10,7	15 / 137 10,9
> 3 bis 6 Stunden			4 / 291 1,4	6 / 137 4,4
> 6 Stunden			2 / 291 0,7	2 / 137 1,5
1. Bildgebung vor Aufnahme			0 / 291 0,0	4 / 137 2,9
keine Bildgebung erfolgt			1 / 291 0,3	0 / 137 0,0

Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 60 Minuten	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-

¹ Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

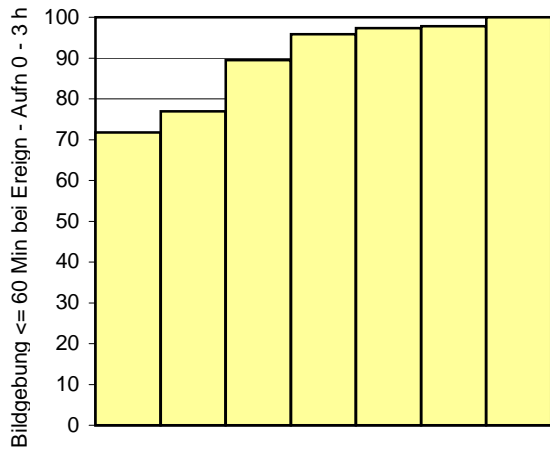
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83303]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 71,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,8%



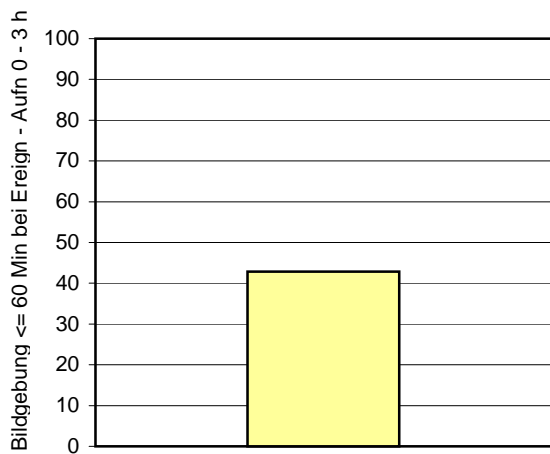
Abteilungen

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 42,9%



Abteilungen

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

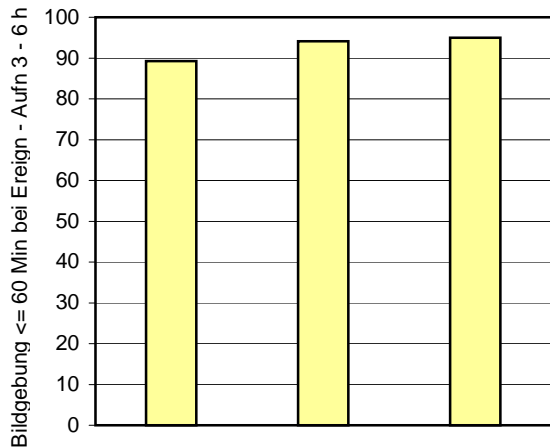
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83307]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 89,3% - 95,0%

Median der Abteilungswerte: 94,1%



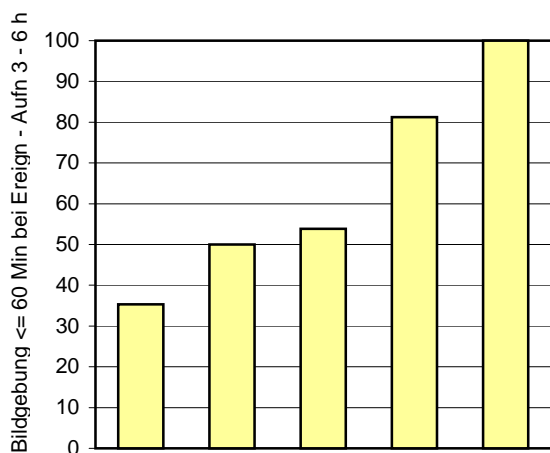
Abteilungen

3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 35,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 53,8%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse (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 (Ausschluss: Patienten mit TIA)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/apo_hh/83311
	Gruppe 2:	2010/apo_hh/83312
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 25%
	Gruppe 2:	>= 3%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung			111 / 256 43,4%	17 / 128 13,3%
Vertrauensbereich			37,2% - 49,7%	7,9% - 20,4%
Referenzbereich	>= 25%	>= 3%	>= 25%	>= 3%

Vorjahresdaten¹	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-

¹ Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

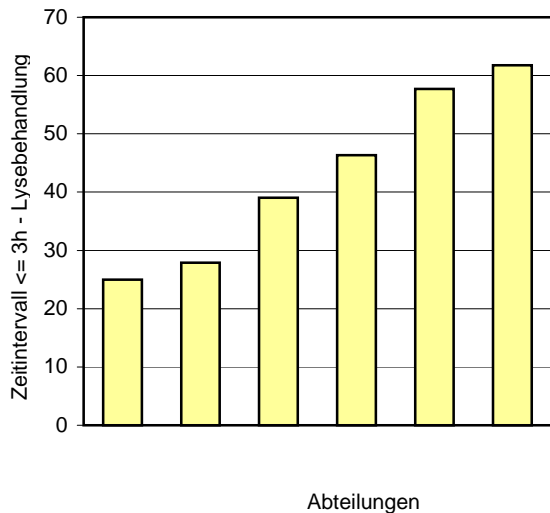
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83311]:

Anteil von Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme \leq 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 25,0% - 61,8%

Median der Abteilungswerte: 42,7%

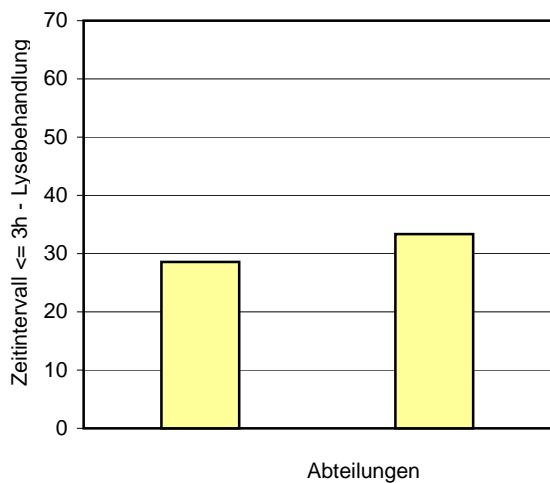


6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 28,6% - 33,3%

Median der Abteilungswerte: 31,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

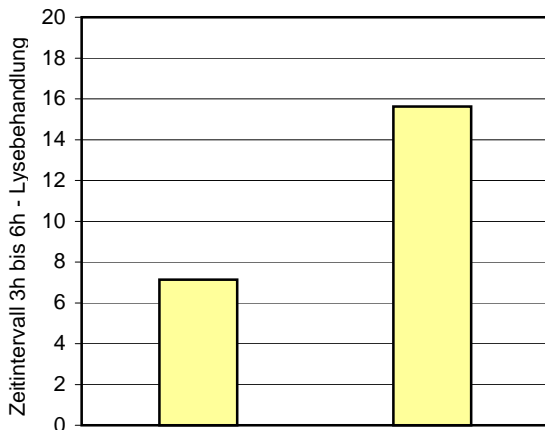
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83312]:

Anteil von Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 7,1% - 15,6%

Median der Abteilungswerte: 11,4%



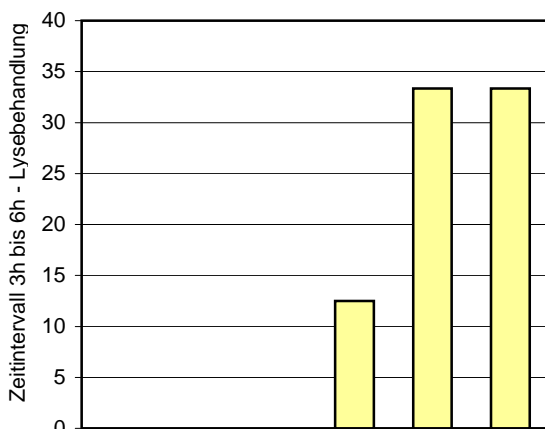
Abteilungen

2 Abteilungen haben 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: 6,3%



Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat 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)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/apo_hh/83313
	Gruppe 2:	2010/apo_hh/83320
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 66%
	Gruppe 2:	>= 55%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten			23 / 108 21,3	0 / 17 0,0
<= 60 Minuten			90 / 108 83,3%	13 / 17 76,5%
Vertrauensbereich			74,9% - 89,8%	50,1% - 93,2%
Referenzbereich	>= 66%	>= 55%	>= 66%	>= 55%
> 30 - 60 Minuten			67 / 108 62,0	13 / 17 76,5
> 1 - 2 Stunden			18 / 108 16,7	2 / 17 11,8
> 2 - 3 Stunden			0 / 108 0,0	1 / 17 5,9
> 3 - 4 Stunden			0 / 108 0,0	1 / 17 5,9
> 4 - 6 Stunden			0 / 108 0,0	0 / 17 0,0
> 6 Stunden			0 / 108 0,0	0 / 17 0,0
keine Lyse durchgeführt			0 / 108 0,0	0 / 17 0,0

Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 60 Minuten	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-

¹ Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

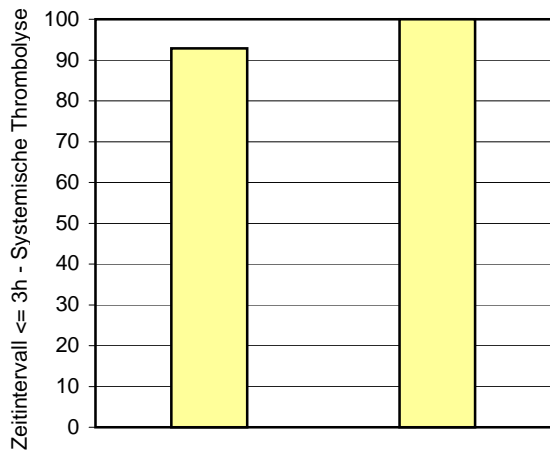
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83313]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 92,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,4%



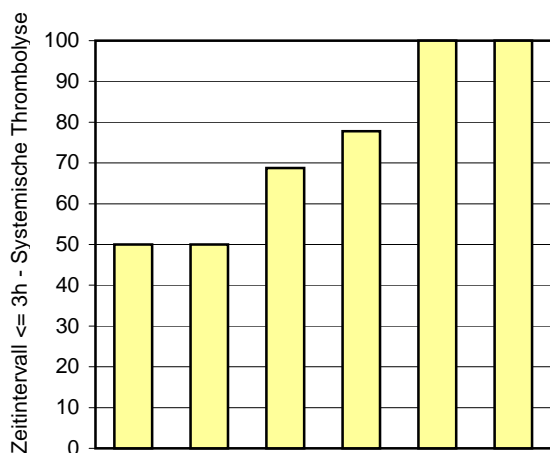
Abteilungen

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

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

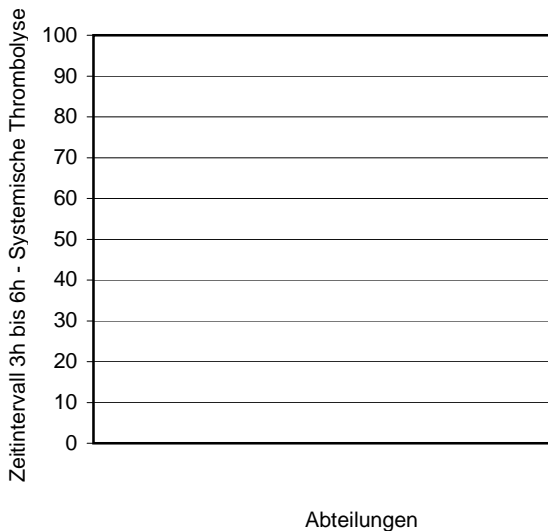
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83320]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme Beginn Lyse \leq 60 Minuten an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis - 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

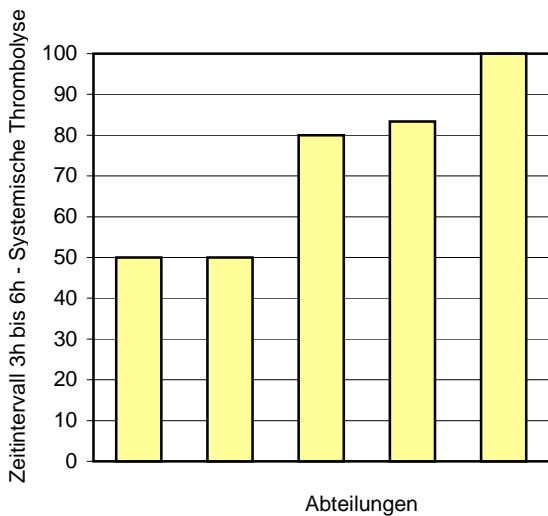


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 80,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 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: 2010/apo_hh/83372

Referenzbereich: >= 25%

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			730 / 1.311	55,7%
Vertrauensbereich				52,9% - 58,4%
Referenzbereich		>= 25%		>= 25%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			1.120 / 2.081	53,8%
Vertrauensbereich				51,6% - 56,0%

Abteilung 2010 I. 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 2010 I. 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	135 10,3%	102 7,8%	82 6,3%	44 3,4%	15 1,1%	3 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	5 0,4%	71 5,4%	100 7,6%	59 4,5%	26 2,0%	9 0,7%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	2 0,2%	7 0,5%	52 4,0%	106 8,1%	27 2,1%	9 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	2 0,2%	6 0,5%	73 5,6%	64 4,9%	22 1,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,1%	3 0,2%	9 0,7%	50 3,8%	62 4,7%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	2 0,2%	0 0,0%	5 0,4%	7 0,5%	91 6,9%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	3 0,2%	6 0,5%	49 3,7%
	Rankin bei Entlassung					

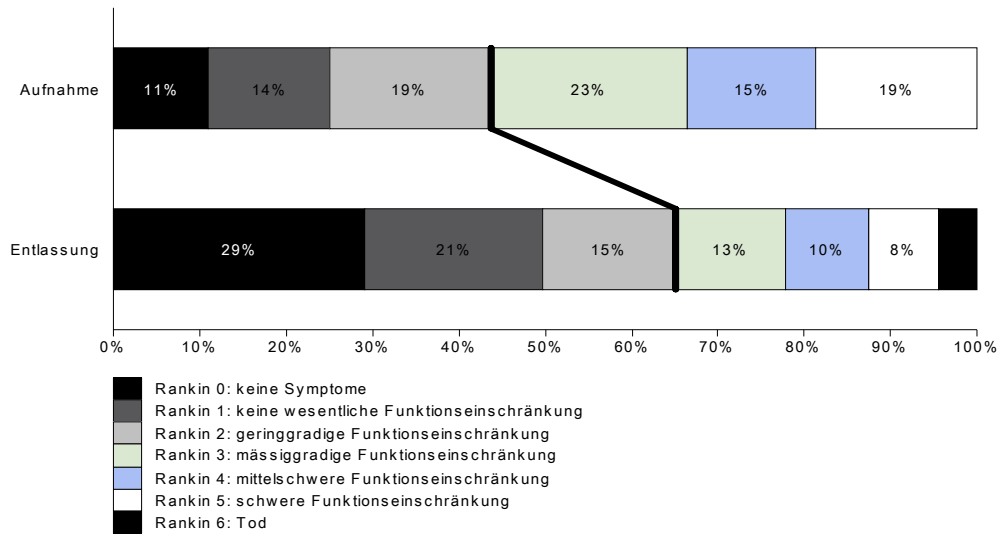
**Vorjahresdaten
Abteilung 2009 I. Qu.**

	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 2009 I. 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	217 10,4%	169 8,1%	122 5,9%	52 2,5%	19 0,9%	5 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	11 0,5%	103 4,9%	159 7,6%	91 4,4%	40 1,9%	9 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	1 0,0%	12 0,6%	107 5,1%	189 9,1%	48 2,3%	14 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,0%	6 0,3%	21 1,0%	93 4,5%	125 6,0%	14 0,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	5 0,2%	13 0,6%	102 4,9%	64 3,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	2 0,1%	7 0,3%	9 0,4%	131 6,3%
6 Tod	0 0,0%	1 0,0%	7 0,3%	13 0,6%	18 0,9%	76 3,7%
Rankin bei Entlassung						

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung

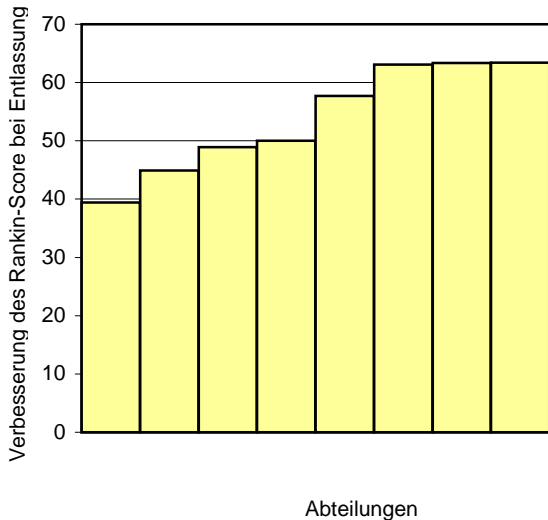


**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 39,4% - 63,4%

Median der Abteilungswerte: 53,9%

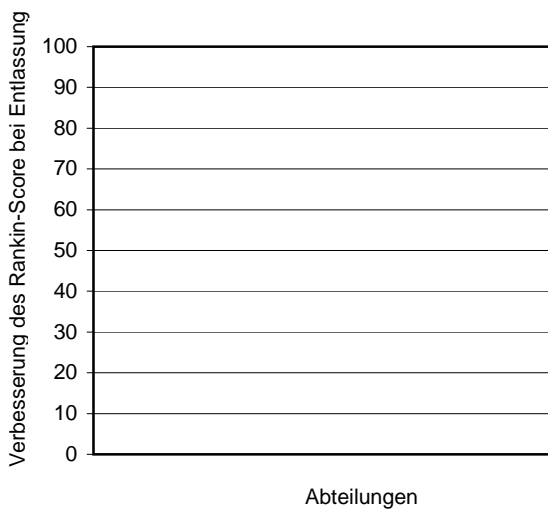


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.509	100,0	2.510	100,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.509		2.510	

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

Patienten

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.311		2.081	
Median				75,0		75,0
Geschlecht						
männlich			661	50,4	983	47,2
weiblich			650	49,6	1.098	52,8

Aufnahme

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.042	79,5	1.624	78,0
Sonnabend oder Sonntag			269	20,5	457	22,0
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein, Fuß			720	54,9	1.099	52,8
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			584	44,5	982	47,2
Sprachstörung			336	25,6	546	26,2
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			945	72,1	1.535	73,8
Sprechstörung			436	33,3	700	33,6
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			837	63,8	1.381	66,4
Schluckstörung			266	20,3	374	18,0
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			1.012	77,2	1.707	82,0
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.196	91,2	1.892	90,9
somnolent-stuporös			97	7,4	155	7,4
komatös			18	1,4	34	1,6
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde ¹			86	6,6	-	-
> 1 - <= 2 Stunden ¹			161	12,3	-	-
> 2 - <= 3 Stunden			166	12,7	274	13,2
> 3 - <= 3,5 Stunden ¹			56	4,3	-	-
> 3,5 - <= 4 Stunden ¹			41	3,1	-	-
> 4 - <= 6 Stunden ¹			123	9,4	-	-
> 6 - <= 24 Stunden			330	25,2	561	27,0
> 24 - <= 48 Stunden			104	7,9	138	6,6
> 48 Stunden			168	12,8	258	12,4
unbekannt			76	5,8	122	5,9
wake up stroke ¹			0	0,0	-	-

¹ Schlüsselwert 2009 noch nicht im Datensatz

Diagnostik

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.230	93,8	1.888	90,7
Bildgebung-MRT nach Ereignis			693	52,9	1.162	55,8
FrISCHE Läsion in der Bildgebung			745	56,8	1.186	57,0
Schlucktest nach Protokoll			1.079	82,3	1.413	67,9
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			130	9,9	232	11,1
>= 1 - 24 Stunden			255	19,5	494	23,7
> 24 Stunden			926	70,6	1.355	65,1
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.225	93,4	1.948	93,6
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.212	92,4	1.897	91,2
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			254	19,4	417	20,0
früherer Schlaganfall			340	25,9	547	26,3
Vorhofflimmern			346	26,4	528	25,4
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.103		1.775	
Pneumonie			115		129	
erhöhter Hirndruck			25		64	
andere Komplikationen			115		198	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2010¹

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			875	66,7	1.246	59,9
TIA			354	27,0	702	33,7
ICB			82	6,3	133	6,4
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			261	19,9	370	17,8
gelegentlicher Verlust			161	12,3	240	11,5
kontinent			889	67,8	1.471	70,7
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			271	20,7	418	20,1
grosse Unterstützung			146	11,1	247	11,9
geringe Unterstützung			236	18,0	339	16,3
vollständig selbstständig			658	50,2	1.077	51,8
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			317	24,2	485	23,3
grosse Unterstützung			183	14,0	278	13,4
geringe Unterstützung			287	21,9	431	20,7
vollständig selbstständig			524	40,0	887	42,6
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			189	14,4	251	12,1
gelegentlicher Verlust			138	10,5	219	10,5
kontinent			925	70,6	1.496	71,9
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			132	10,1	175	8,4
grosse Unterstützung			100	7,6	163	7,8
geringe Unterstützung			137	10,5	245	11,8
vollständig selbstständig			883	67,4	1.383	66,5
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			173	13,2	225	10,8
grosse Unterstützung			118	9,0	191	9,2
geringe Unterstützung			183	14,0	315	15,1
vollständig selbstständig			778	59,3	1.235	59,3

Rankin Skala

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			143	10,9	232	11,1
Rankin 1			185	14,1	294	14,1
Rankin 2			244	18,6	423	20,3
Rankin 3			299	22,8	458	22,0
Rankin 4			195	14,9	361	17,3
Rankin 5			245	18,7	313	15,0
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			381	29,1	584	28,1
Rankin 1			270	20,6	413	19,8
Rankin 2			203	15,5	371	17,8
Rankin 3			167	12,7	260	12,5
Rankin 4			125	9,5	187	9,0
Rankin 5			106	8,1	151	7,3
Tod			59	4,5	115	5,5

Rehabilitation

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			838	63,9	1.146	55,1
> Tag 2 nach Aufnahme			16	1,2	50	2,4
keine			457	34,9	885	42,5
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.174	89,5	1.817	87,3
> Tag 2 nach Aufnahme			39	3,0	93	4,5
keine			98	7,5	171	8,2
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.052	80,2	1.612	77,5
> Tag 2 nach Aufnahme			33	2,5	69	3,3
keine			226	17,2	400	19,2

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			250	19,1	374	18,0
Beatmung			32	2,4	60	2,9
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.051	80,2	1.701	81,7
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			987	75,3	1.623	78,0
Thromboseprophylaxe			1.241	94,7	1.912	91,9

Entlassung

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			1.294	98,7	2.043	98,2
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.065	81,2	1.355	65,1
Entlassungsart						
verstorben			59	4,5	115	5,5
nach Hause			711	54,2	1.143	54,9
Pflegeeinrichtung/Heim			83	6,3	178	8,6
andere Abteilung			46	3,5	119	5,7
externe (Akut)Klinik			30	2,3	47	2,3
Reha-Klinik			382	29,1	479	23,0
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.311	100,0	2.081	100,0
Mittelwert				9,0		9,6
Median				8,0		8,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			134	10,2	161	7,7
Lyse i.a.			10	0,8	13	0,6
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			24	1,8	25	1,2
> 30 - <= 60 Minuten			87	6,6	110	5,3
> 1 - <= 2 Stunden			23	1,8	28	1,3
> 2 - <=3 Stunden			2	0,2	4	0,2
> 3 - <=4 Stunden ¹			1	0,1	-	-
> 4 - <= 6 Stunden ¹			0	0,0	-	-
> 6 Stunden			2	0,2	2	0,1
keine Lyse durchgeführt ¹			1.172	89,4	-	-
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			384	29,3	340	16,3
> 30 - <= 60 Minuten			610	46,5	623	29,9
> 1 - <= 3 Stunden ¹			203	15,5	-	-
> 3 - <= 6 Stunden ¹			38	2,9	-	-
> 6 Stunden			37	2,8	44	2,1
1. Bildgebung vor Aufnahme			36	2,7	31	1,5
keine Bildgebung erfolgt ¹			3	0,2	-	-
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			643	49,0	634	30,5
3 - 8 (mittel)			410	31,3	487	23,4
9 - 20 (schwerwiegend)			185	14,1	191	9,2
> 20 (sehr schwerwiegend)			55	4,2	42	2,0
keine Angabe			0	0,0	706	33,9

¹ Schlüsselwert 2009 noch nicht im Datensatz

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2009 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			804	61,3	1.181	56,8
Hypercholesterinämie			462	35,2	596	28,6
keine Angabe			329	25,1	683	32,8
Sekundärprophylaxe						
Statine			590	45,0	770	37,0
Antihypertensiva			775	59,1	1.139	54,7
Antidiabetika			146	11,1	220	10,6
keine Angabe			344	26,2	703	33,8
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			785	59,9	1.095	52,6
Pflege zu Hause			99	7,6	149	7,2
Pflege in Institution			87	6,6	119	5,7
keine Angabe			340	25,9	718	34,5

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 2010.

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 2010 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2009 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 Quartalsauswertung 2009 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2010 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

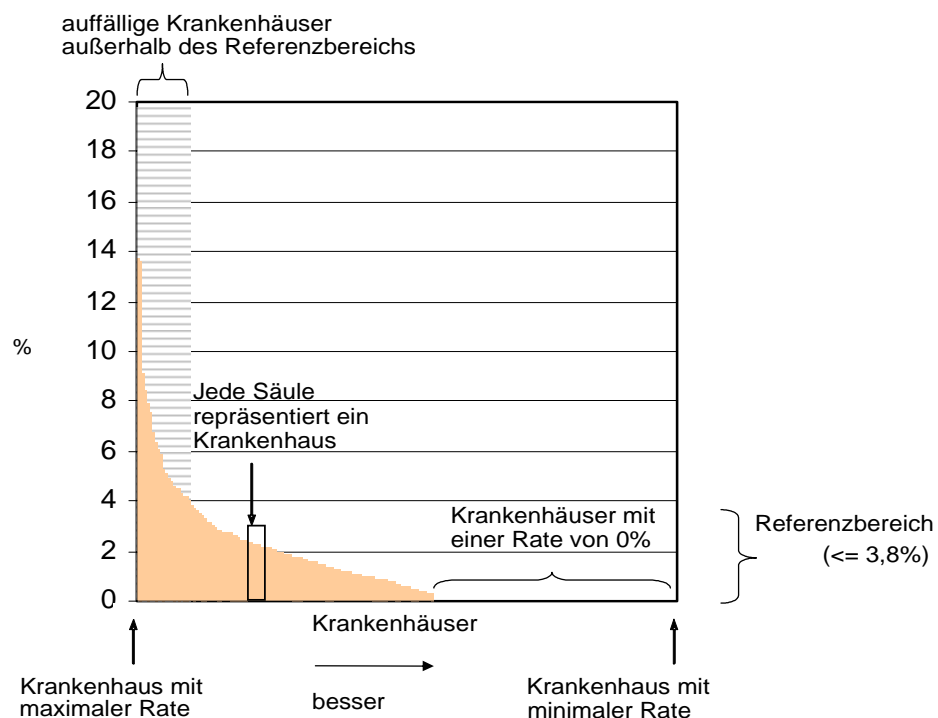
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS-Institut / BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit

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

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