

I. Quartalsauswertung 2011 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 6
Anzahl Datensätze Gesamt: 490
Datensatzversion: apo_hh 2011 2.0
Datenbankstand: 03. Mai 2011
2011 - D10540-L70792-P32860

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 2011 stationär aufgenommen wurden.

Die Berechnung der Vorjahresdaten 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)			89,5%	>= 45%	1.1
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			96,1%	>= 75%	1.3
QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			92,1%	>= 65%	1.5
QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			98,7%	>= 90%	1.7
QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			97,5%	>= 90%	1.9
QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			69,5%	>= 55%	1.11
QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			89,9%	>= 70%	1.13
QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			100,0%	>= 95%	1.15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			100,0%	>= 90%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			3,5%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			18,2%	<= 25%	1.19
QI 11: Screening für Schluckstörungen			79,6%	>= 60%	1.24
QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			28,2%	>= 30%	1.26
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			74,6%	>= 60%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			67,6%	>= 60%	1.28
0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			75,6%	>= 60%	1.28
> 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			60,9%	>= 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			64,7%	>= 30%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			29,4%	>= 4%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			61,5%	>= 25%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			25,0%	>= 4%	1.35
QI 15: Systemische Thrombolyse door-to-needle-time					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			91,3%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			100,0%	>= 60%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			92,0%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			100,0%	>= 60%	1.41
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung			52,8%	>= 30%	1.48

Qualitätsindikator 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)

Qualitätsziel: Information von Patienten und/oder Angehörigen vor Entlassung durch Sozialdienst/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 45%

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			323 / 361	89,5% 85,8% - 92,4% >= 45%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			1.541 / 1.911	80,6% 78,8% - 82,4%

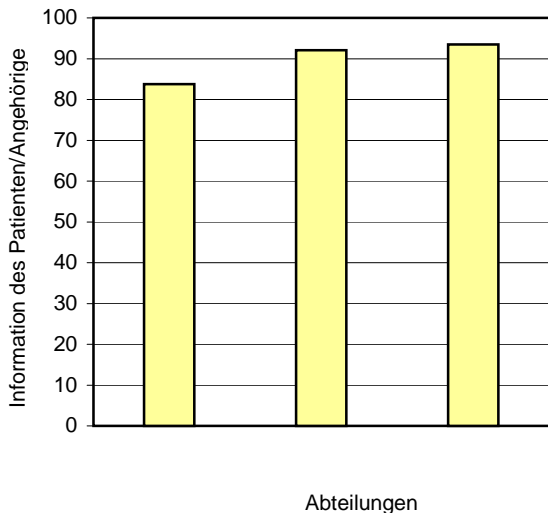
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83254]:

Anteil von Patienten mit Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung durch Arzt zu Krankheitsverlauf/Prävention und mit Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung durch Sozialdienst/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten (Ausschluss verstorbene Patienten)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 83,7% - 93,5%

Median der Abteilungswerte: 92,1%

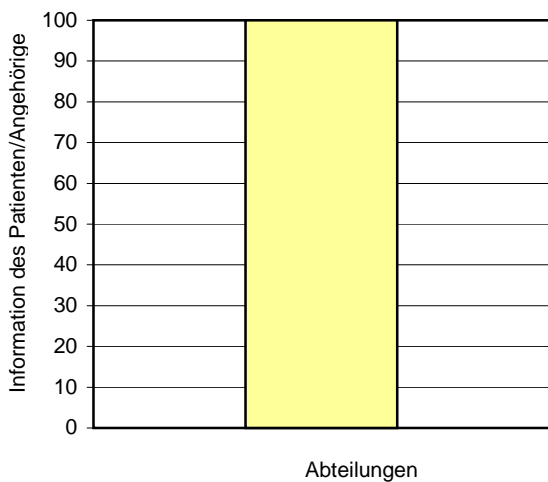


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 75%

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich			123 / 128	96,1% 91,1% - 98,8% >= 75%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			693 / 762	90,9% 88,7% - 92,9%

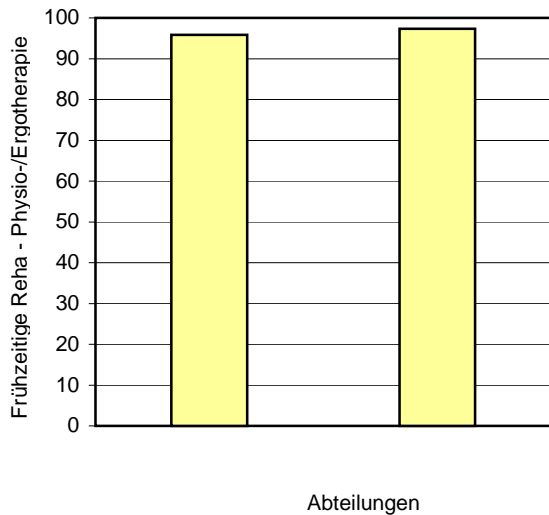
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83284]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 95,8% - 97,4%

Median der Abteilungswerte: 96,6%

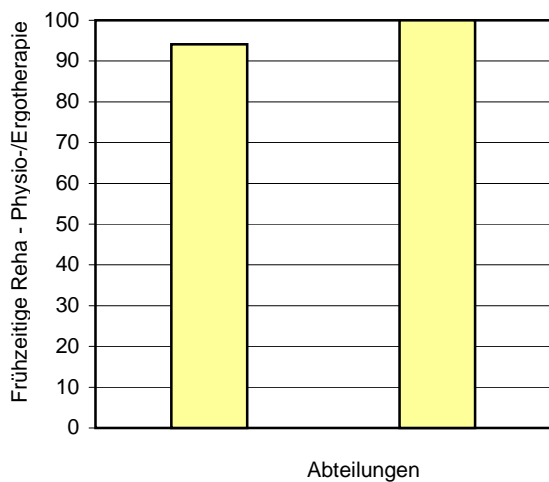


2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,1%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 65%

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			128 / 139	92,1%
Vertrauensbereich				86,2% - 96,0%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			685 / 775	88,4%
Vertrauensbereich				85,9% - 90,6%

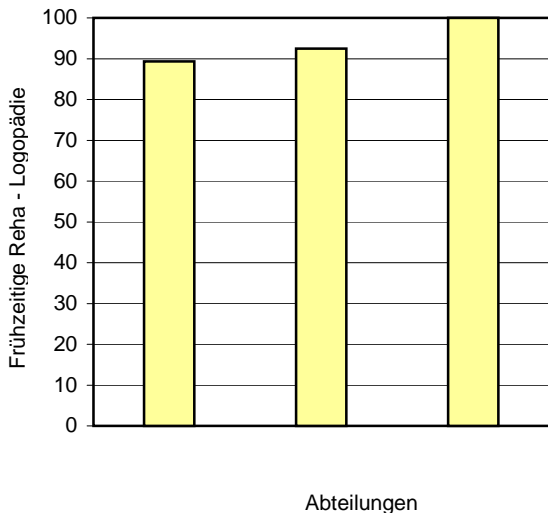
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83285]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 89,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 92,5%

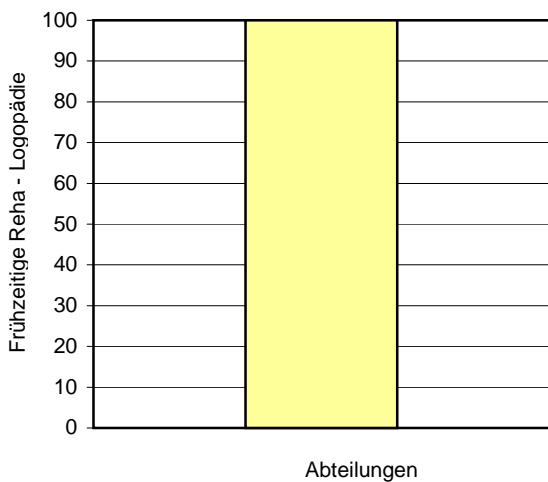


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


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


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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			222 / 225	98,7%
Vertrauensbereich				96,1% - 99,7%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.135 / 1.179	96,3%
Vertrauensbereich				95,0% - 97,3%

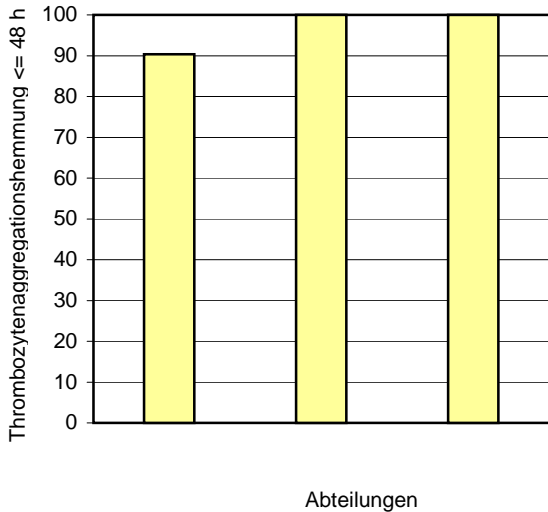
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83286]:

Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern \leq 48 Stunden nach Ereignis an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten mit Antikoagulation, Patienten $<$ 18 Jahre, sowie Patienten mit Intervall Ereignis - Aufnahme $>$ 48 Stunden)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%

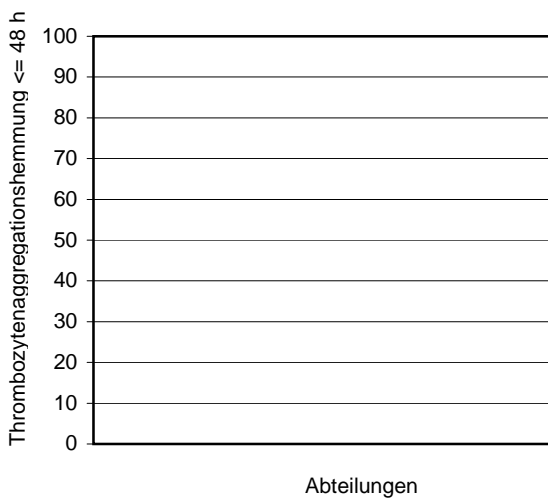


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			275 / 282	97,5%
Vertrauensbereich				94,9% - 99,0%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.438 / 1.510	95,2%
Vertrauensbereich				94,0% - 96,3%

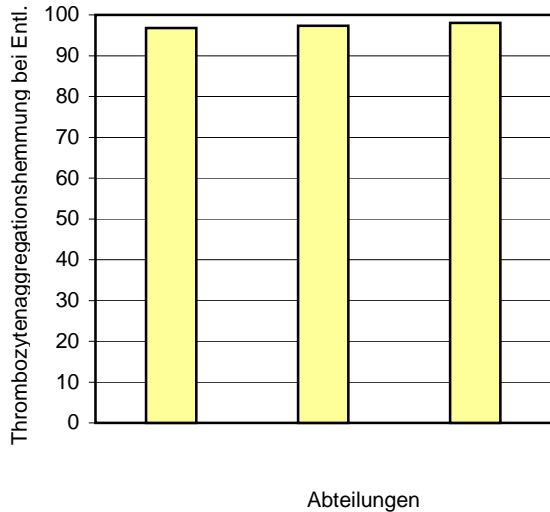
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83287]:

Anteil von Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt (Ausschluss: Patienten mit Antikoagulation und Patienten < 18 Jahre)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 96,8% - 98,0%

Median der Abteilungswerte: 97,3%

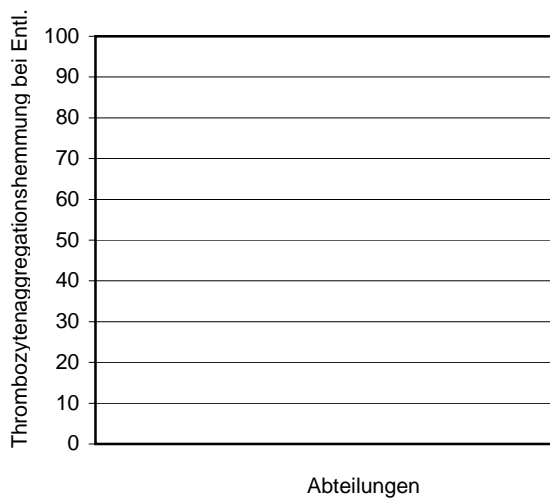


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 55%

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			41 / 59	69,5%
Vertrauensbereich				56,1% - 80,9%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			217 / 305	71,1%
Vertrauensbereich				65,7% - 76,2%

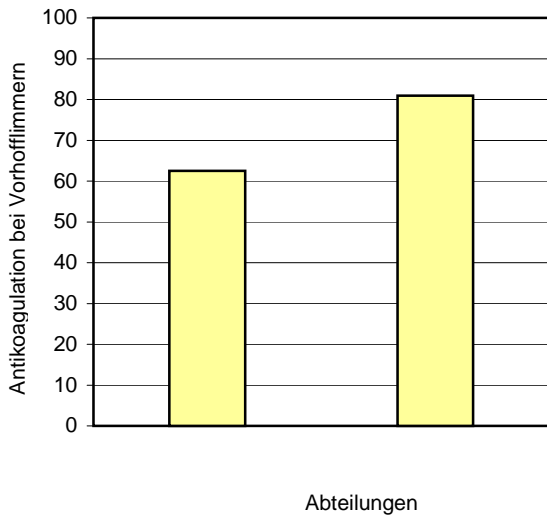
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83288]:

Anteil von Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt, mit Entlassungsart nach Hause oder Reha-Klinik und mit wenig Funktionseinschränkung (Ausschluss: Patienten < 18 Jahre)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 62,5% - 81,0%

Median der Abteilungswerte: 71,7%

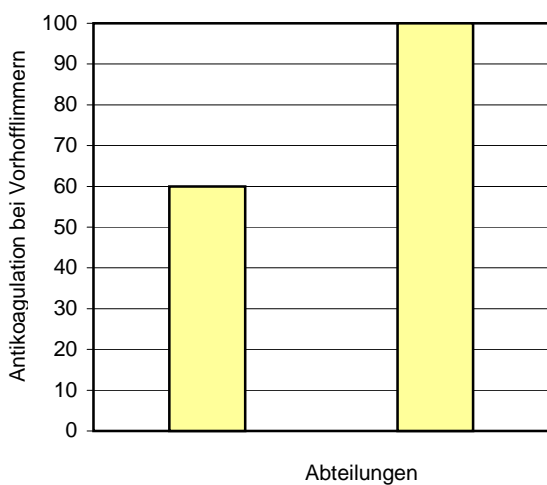


2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 80,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Frühzeitige Mobilisierung

Qualitätsziel: Frühzeitige Mobilisierung bettlägeriger Patienten innerhalb ≤ 2 Tage nach Aufnahme

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Lagewechsel Bett - Stuhl „mit Unterstützung“ oder „unmöglich“ im Barthel-Index bei Aufnahme
(Ausschluss: Patienten mit TIA und/oder Beatmung und/oder Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme)

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83290

Referenzbereich: $\geq 70\%$

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			125 / 139	89,9%
Vertrauensbereich				83,6% - 94,4%
Referenzbereich		$\geq 70\%$		$\geq 70\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			842 / 965	87,3%
Vertrauensbereich				85,0% - 89,3%

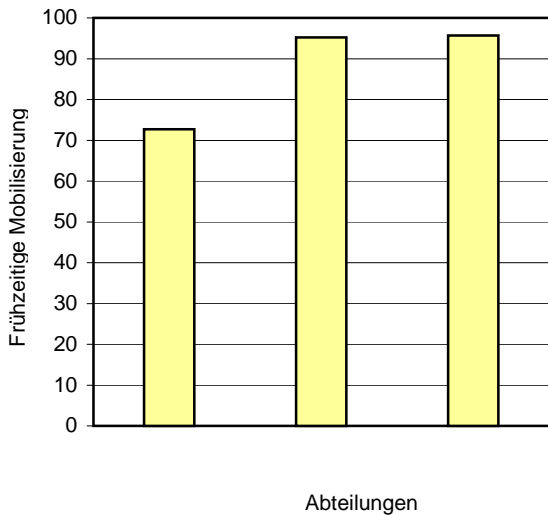
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83290]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 72,7% - 95,7%

Median der Abteilungswerte: 95,2%

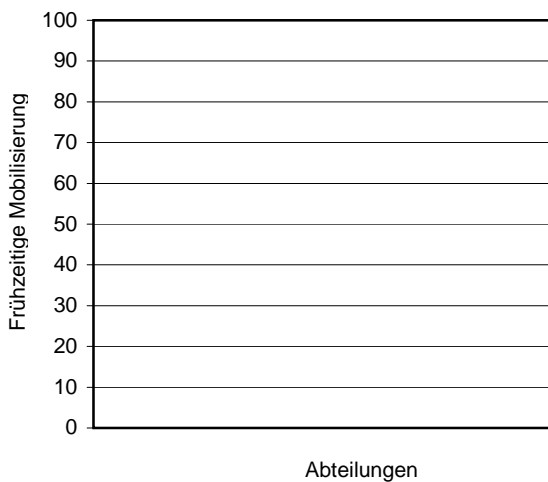


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83291

Referenzbereich: >= 95%

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			379 / 379	100,0%
Vertrauensbereich				99,0% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

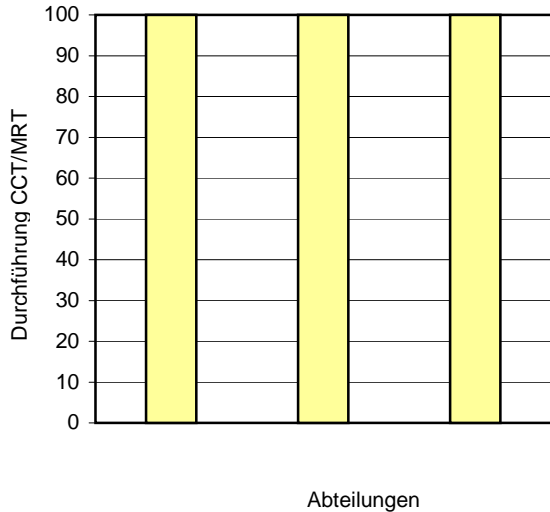
Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.003 / 2.009	99,7%
Vertrauensbereich				99,3% - 99,9%

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%

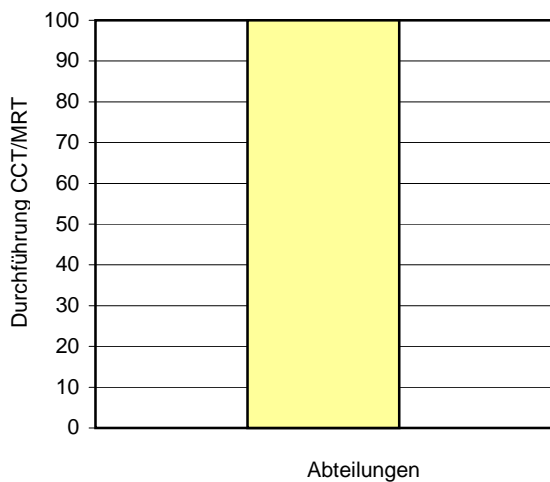


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83292

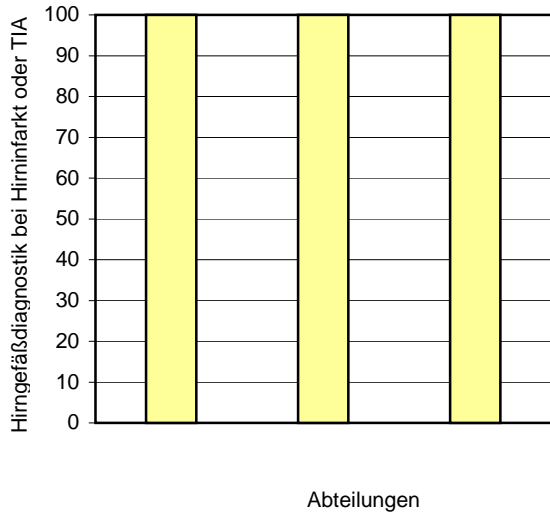
Referenzbereich: $\geq 90\%$

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			357 / 357	100,0%
Vertrauensbereich				99,0% - 100,0%
Referenzbereich		$\geq 90\%$		$\geq 90\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.809 / 1.887	95,9%
Vertrauensbereich				94,9% - 96,7%

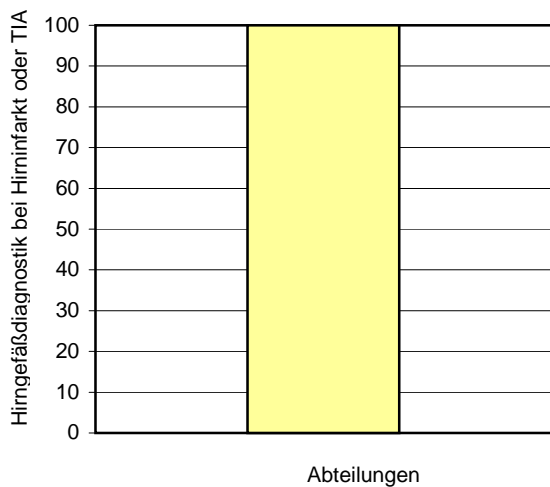
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83292]:
Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 100,0% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 100,0% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

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

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

Abteilung 2011 I. Qu.			
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 25%
Gesamt 2011 I. Qu.			
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 103 0,0%	9 / 254 3,5%	4 / 22 18,2%
Vertrauensbereich	0,0% - 3,5%	1,6% - 6,6%	5,1% - 40,3%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 25%

Vorjahresdaten	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	■	■	■

Vorjahresdaten	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 Vertrauensbereich	2 / 636 0,3% 0,0% - 1,2%	41 / 1.251 3,3% 2,4% - 4,4%	21 / 122 17,2% 11,0% - 25,1%

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

2 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%



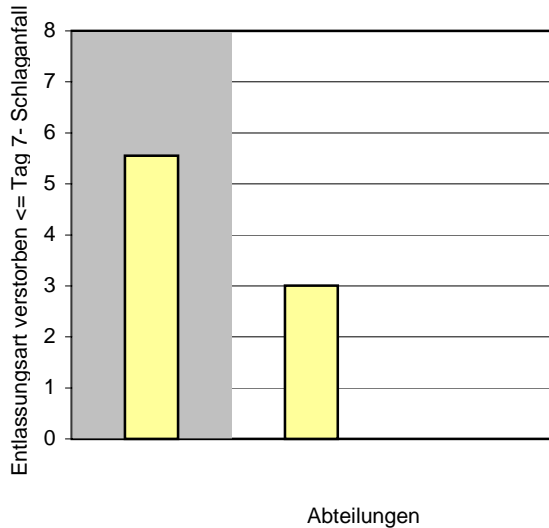
Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

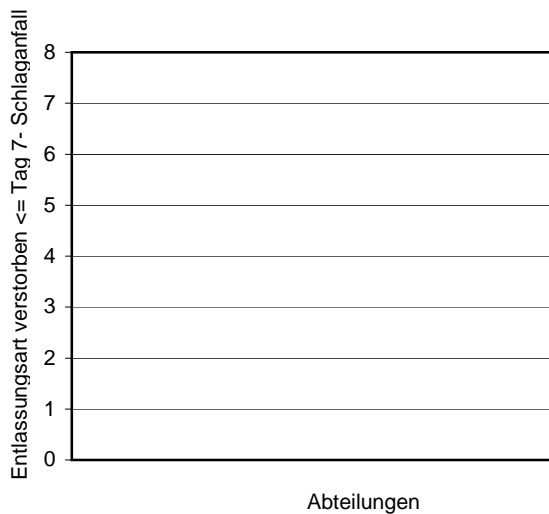
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,6%
Median der Abteilungswerte: 3,0%



3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



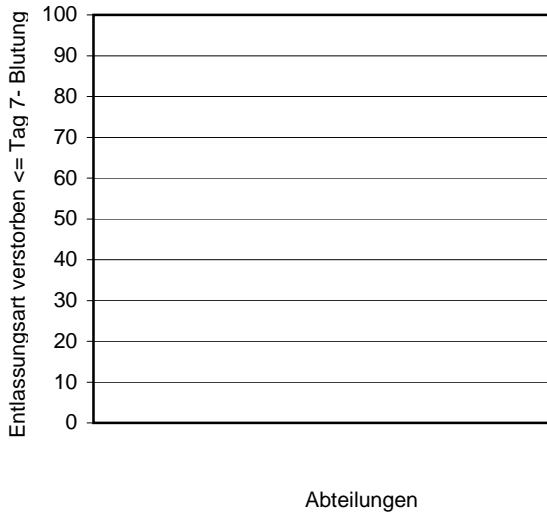
1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

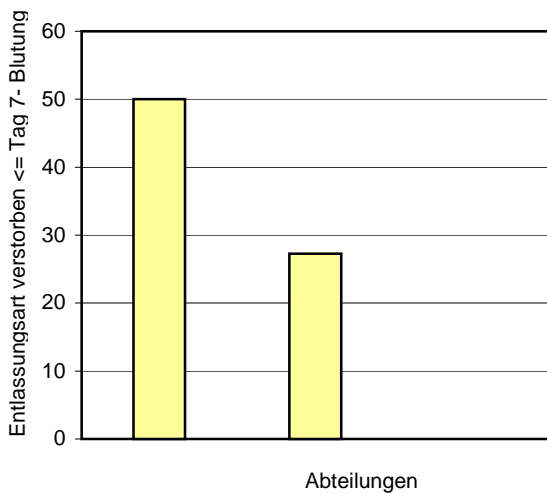
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 50,0%
Median der Abteilungswerte: 27,3%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 60%

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			183 / 230	79,6%
Vertrauensbereich				73,8% - 84,6%
Referenzbereich		>= 60%		>= 60%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			943 / 1.128	83,6%
Vertrauensbereich				81,3% - 85,7%

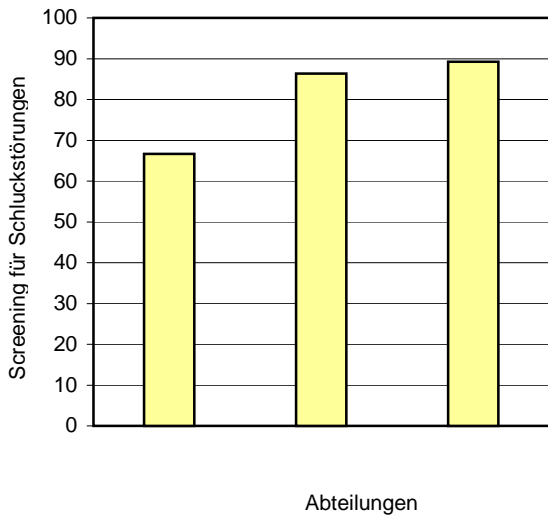
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83294]:

Anteil von Patienten mit Schlucktest nach Protokoll an allen Patienten mit Schlaganfall (Ausschluss: Patienten mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 66,7% - 89,3%

Median der Abteilungswerte: 86,3%

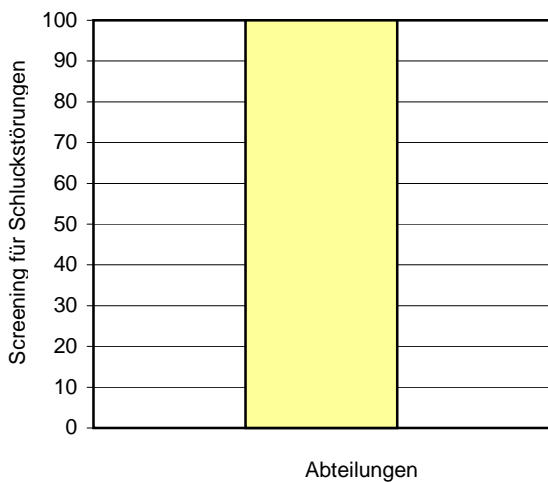


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83295

Referenzbereich: >= 30%

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			41 / 379	10,8%
> 1 - <= 2 Stunden			39 / 379	10,3%
> 2 - <= 3 Stunden			27 / 379	7,1%
> 3 - <= 3,5 Stunden			12 / 379	3,2%
> 3,5 - <= 4 Stunden			7 / 379	1,8%
> 4 - <= 6 Stunden			36 / 379	9,5%
> 6 - <= 24 Stunden			104 / 379	27,4%
> 24 - <= 48 Stunden			32 / 379	8,4%
> 48 Stunden			40 / 379	10,6%
wake up stroke			16 / 379	4,2%
unbekannt			25 / 379	6,6%
<= 3 Stunden			107 / 379	28,2%
Vertrauensbereich				23,8% - 33,1%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			607 / 2.009	30,2%
Vertrauensbereich				28,2% - 32,3%

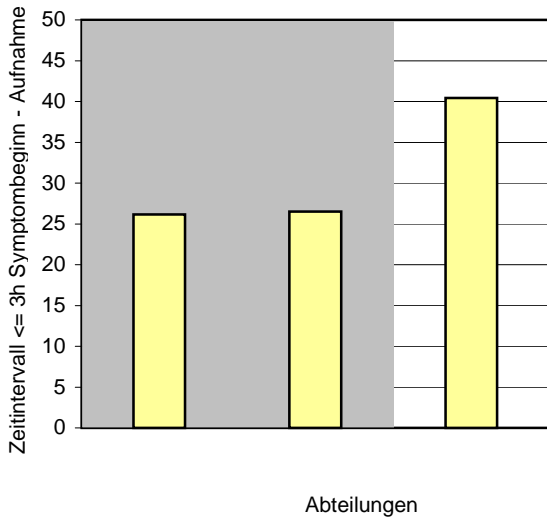
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83295]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 26,2% - 40,4%

Median der Abteilungswerte: 26,5%

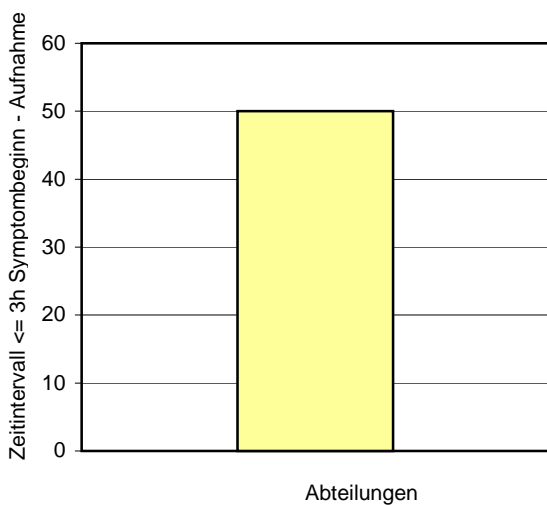


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 50,0%







1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

	Gesamt 2011 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	28 / 67 41,8%	7 / 34 20,6%	29 / 78 37,2%	6 / 23 26,1%
<= 60 Minuten	50 / 67 74,6%	23 / 34 67,6%	59 / 78 75,6%	14 / 23 60,9%
Vertrauensbereich Referenzbereich	62,5% - 84,5% >= 60%	49,3% - 82,7% >= 60%	64,6% - 84,7% >= 60%	38,5% - 80,3% >= 60%
> 30 - 60 Minuten	22 / 67 32,8%	16 / 34 47,1%	30 / 78 38,5%	8 / 23 34,8%
> 1 bis 3 Stunden	12 / 67 17,9%	10 / 34 29,4%	14 / 78 17,9%	8 / 23 34,8%
> 3 bis 6 Stunden	2 / 67 3,0%	0 / 34 0,0%	2 / 78 2,6%	0 / 23 0,0%
> 6 Stunden	2 / 67 3,0%	0 / 34 0,0%	2 / 78 2,6%	0 / 23 0,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme	1 / 67 1,5%	1 / 34 2,9%	1 / 78 1,3%	1 / 23 4,3%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 67 0,0%	0 / 34 0,0%	0 / 78 0,0%	0 / 23 0,0%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2010 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 60 Minuten	344 / 394 87,3%	141 / 178 79,2%	401 / 468 85,7%	84 / 104 80,8%
Vertrauensbereich	83,6% - 90,4%	72,5% - 84,9%	82,2% - 88,7%	71,8% - 87,9%

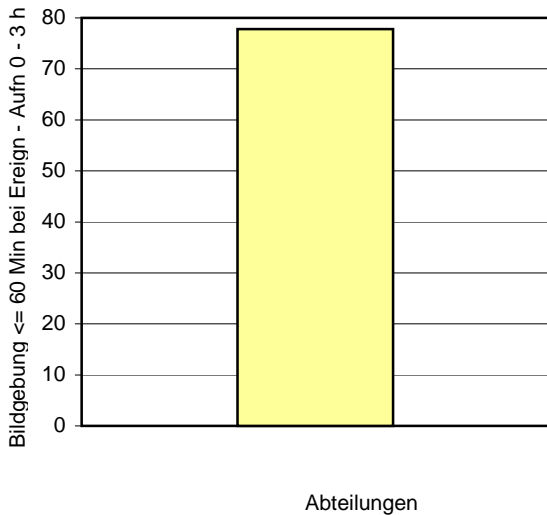
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83303]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 77,8% - 77,8%

Median der Abteilungswerte: 77,8%

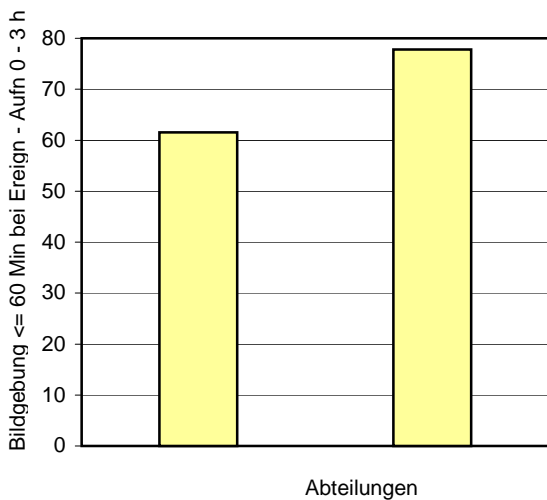


1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 61,5% - 77,8%

Median der Abteilungswerte: 69,7%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

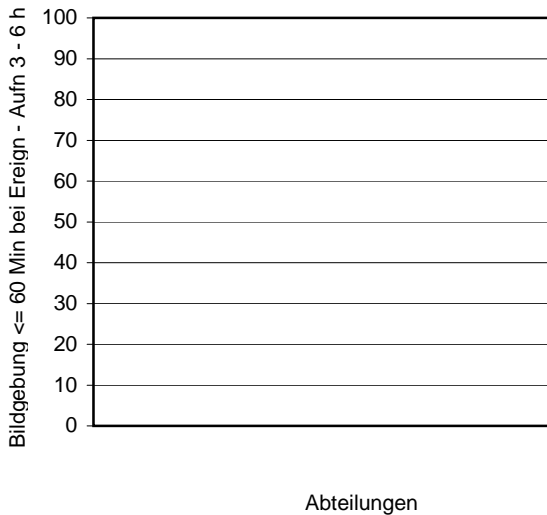
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83307]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

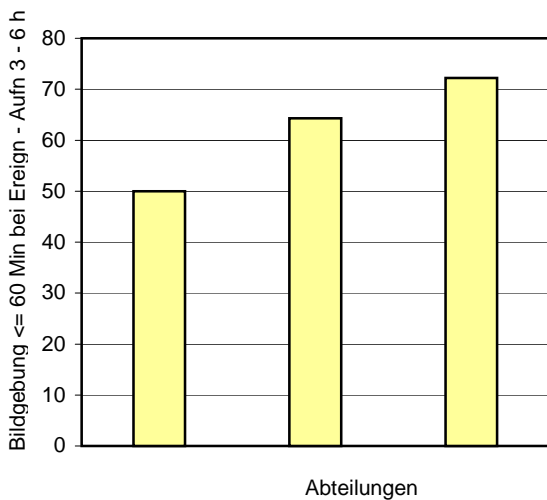


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 50,0% - 72,2%

Median der Abteilungswerte: 64,3%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

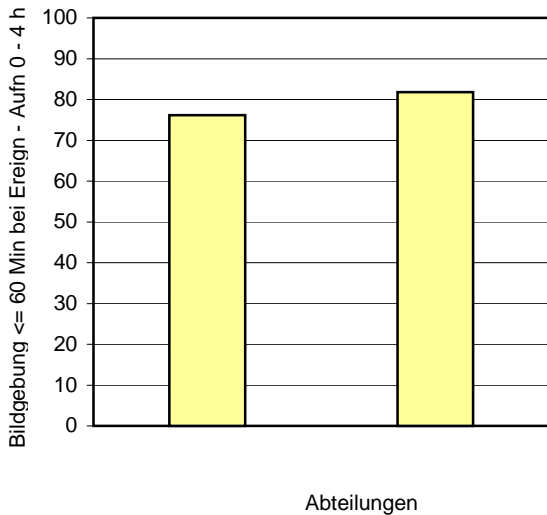
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103491]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 76,2% - 81,8%

Median der Abteilungswerte: 79,0%

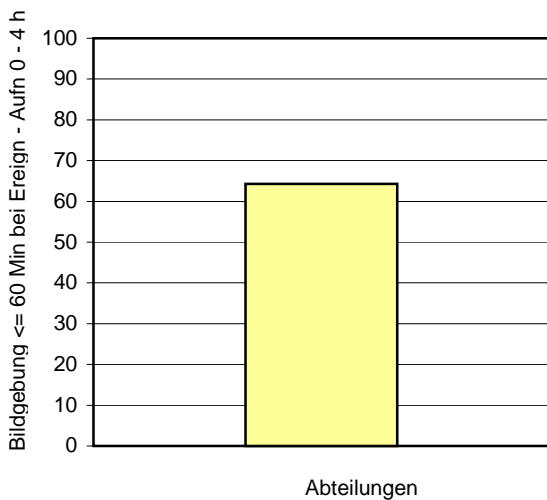


2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 64,3%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

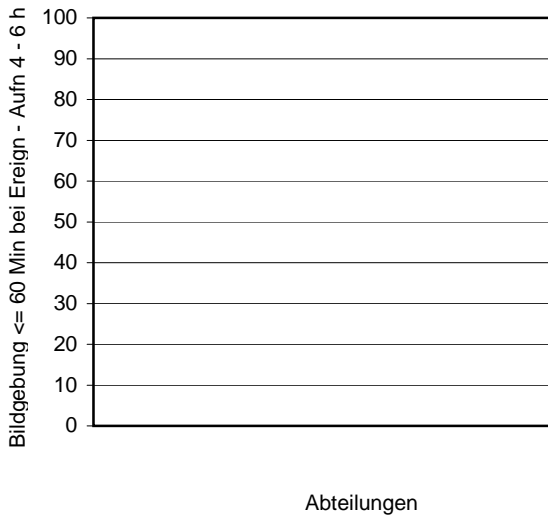
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

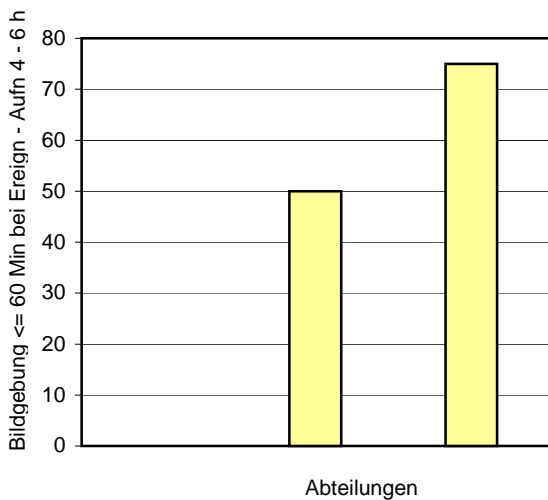
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 75,0%
Median der Abteilungswerte: 50,0%







3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 3 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 4 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/apo_hh/83311	
	Gruppe 2:	2011/apo_hh/83312	
	Gruppe 3:	2011/apo_hh/103506	
	Gruppe 4:	2011/apo_hh/103507	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	$\geq 30\%$	
	Gruppe 2:	$\geq 4\%$	
	Gruppe 3:	$\geq 25\%$	
	Gruppe 4:	$\geq 4\%$	

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

Gesamt 2011 I. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	22 / 34 64,7%	5 / 17 29,4%	24 / 39 61,5%	3 / 12 25,0%
Vertrauensbereich	46,4% - 80,4%	10,3% - 56,0%	44,5% - 76,7%	5,4% - 57,2%
Referenzbereich	$\geq 30\%$	$\geq 4\%$	$\geq 25\%$	$\geq 4\%$

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2010 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	131 / 198 66,2%	20 / 88 22,7%	140 / 232 60,3%	11 / 54 20,4%
	59,1% - 72,7%	14,4% - 32,9%	53,7% - 66,7%	10,6% - 33,6%

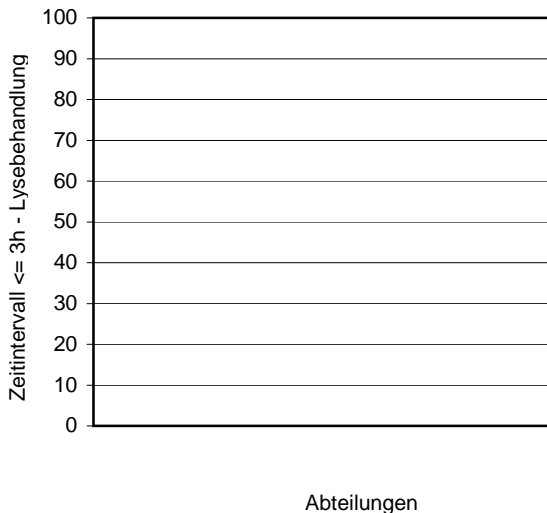
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83311]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

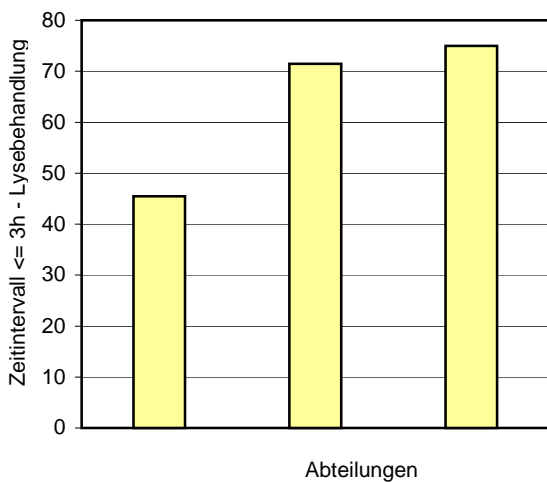


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 45,5% - 75,0%

Median der Abteilungswerte: 71,4%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

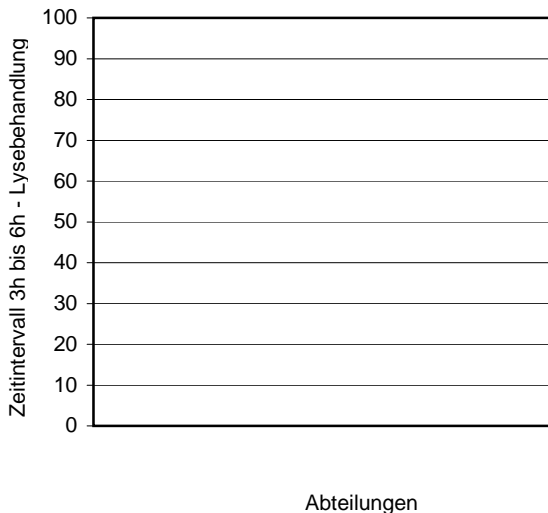
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

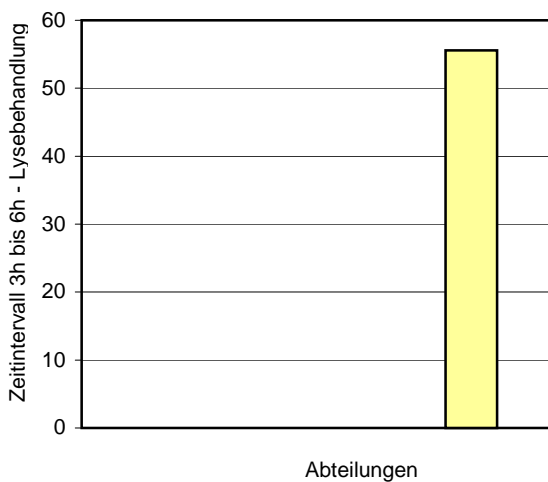
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

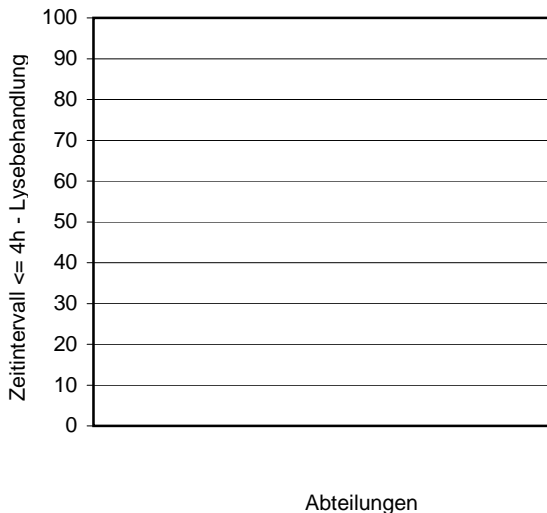
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103506]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

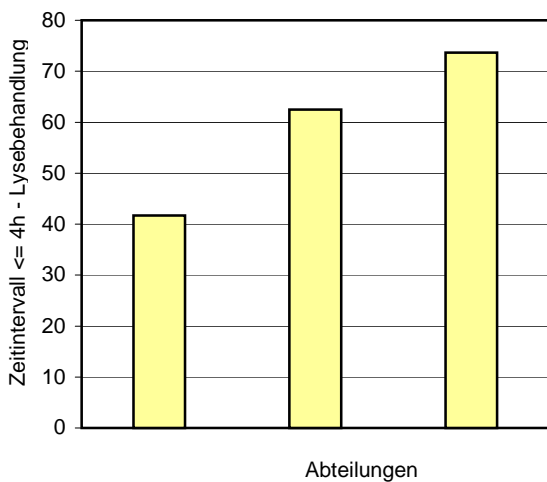


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 41,7% - 73,7%

Median der Abteilungswerte: 62,5%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

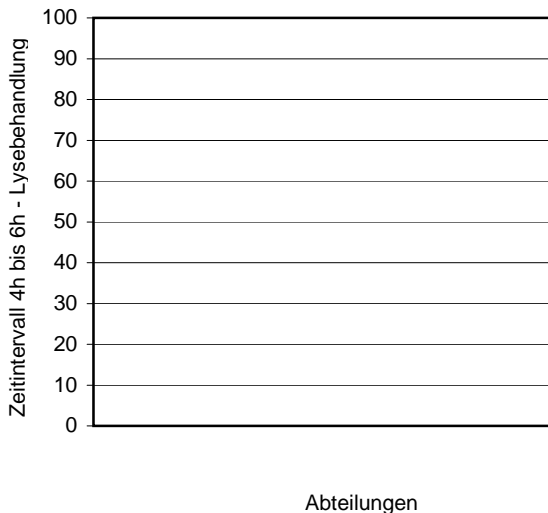
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103507]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

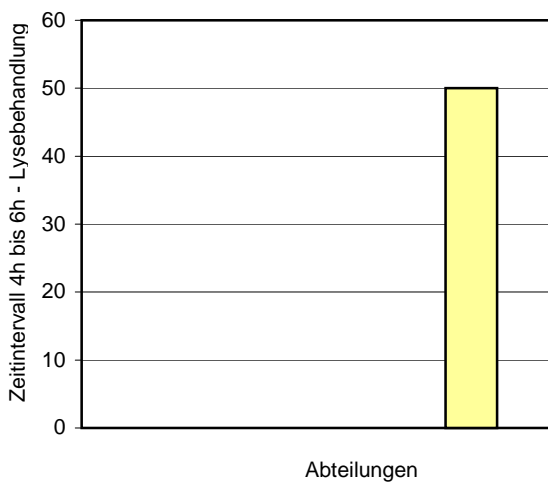
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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







3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

	Gesamt 2011 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	6 / 23 26,1%	0 / 5 0,0%	6 / 25 24,0%	0 / 3 0,0%
<= 60 Minuten	21 / 23 91,3%	5 / 5 100,0%	23 / 25 92,0%	3 / 3 100,0%
Vertrauensbereich	71,9% - 99,0%	47,8% - 100,0%	73,9% - 99,1%	29,2% - 100,0%
Referenzbereich	>= 70%	>= 60%	>= 70%	>= 60%
> 30 - 60 Minuten	15 / 23 65,2%	5 / 5 100,0%	17 / 25 68,0%	3 / 3 100,0%
> 1 - 2 Stunden	2 / 23 8,7%	0 / 5 0,0%	2 / 25 8,0%	0 / 3 0,0%
> 2 - 3 Stunden	0 / 23 0,0%	0 / 5 0,0%	0 / 25 0,0%	0 / 3 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 23 0,0%	0 / 5 0,0%	0 / 25 0,0%	0 / 3 0,0%
> 4 - 6 Stunden	0 / 23 0,0%	0 / 5 0,0%	0 / 25 0,0%	0 / 3 0,0%
> 6 Stunden	0 / 23 0,0%	0 / 5 0,0%	0 / 25 0,0%	0 / 3 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 23 0,0%	0 / 5 0,0%	0 / 25 0,0%	0 / 3 0,0%

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

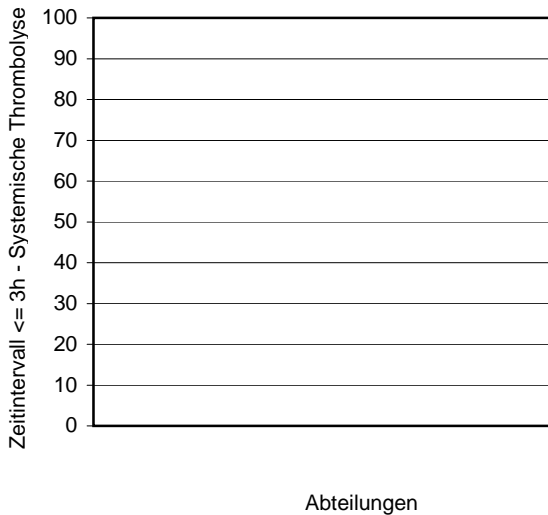
Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 60 Minuten	119 / 141 84,4%	16 / 20 80,0%	125 / 150 83,3%	10 / 11 90,9%
Vertrauensbereich	77,3% - 90,0%	56,3% - 94,3%	76,4% - 88,9%	58,7% - 99,8%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

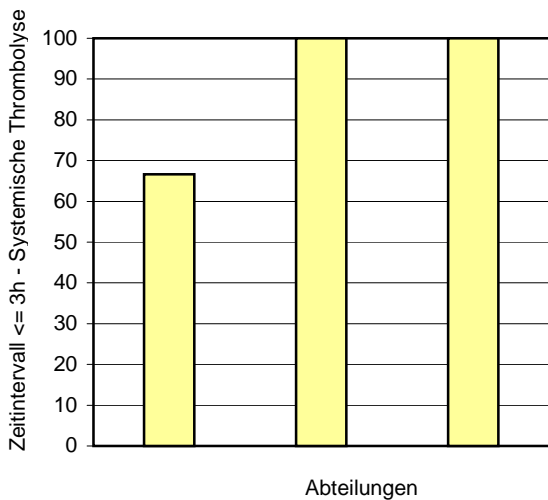
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

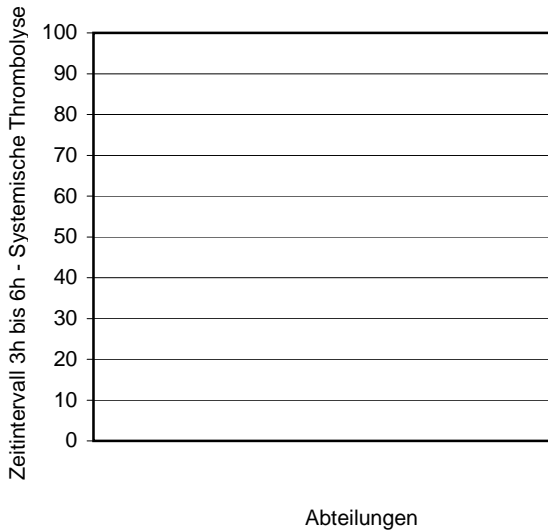
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83320]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

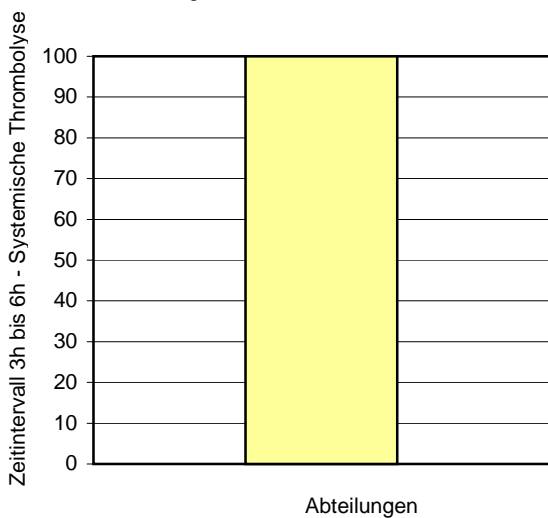


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

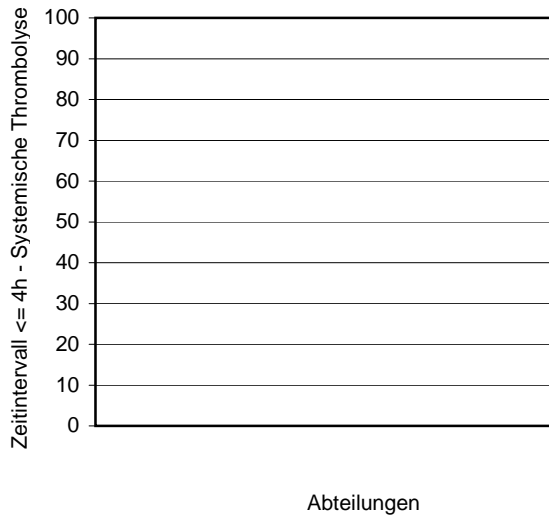
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103509]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

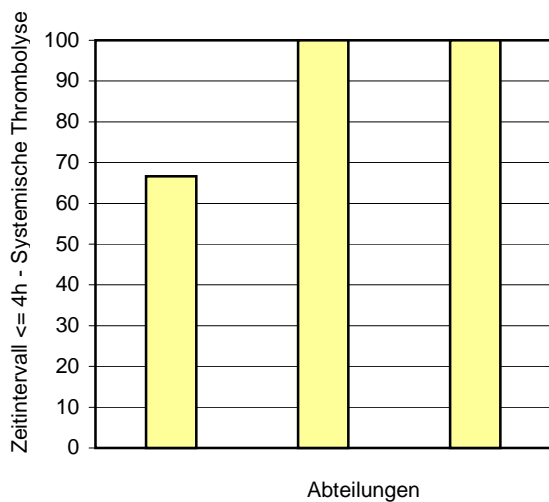


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

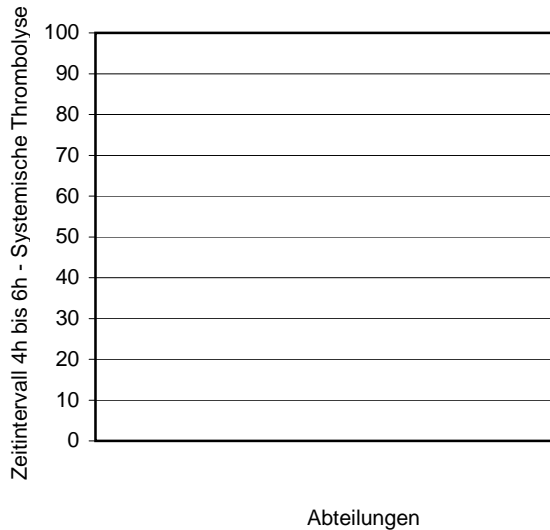
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103518]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

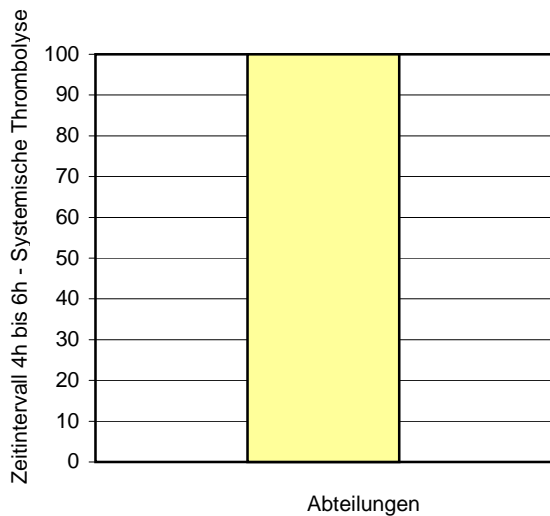


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%





1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Abteilung 2011 I. Qu.	Gesamt 2011 I. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		200 / 379 52,8%
Vertrauensbereich		47,6% - 57,9%
Referenzbereich	>= 30%	>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 I. Qu.	Gesamt 2010 I. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.073 / 2.009 53,4%
Vertrauensbereich		51,2% - 55,6%

Abteilung 2011 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 2011 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	54 14,2%	33 8,7%	24 6,3%	7 1,8%	2 0,5%	1 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	1 0,3%	25 6,6%	50 13,2%	12 3,2%	2 0,5%	1 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	1 0,3%	3 0,8%	27 7,1%	26 6,9%	7 1,8%	3 0,8%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,3%	0 0,0%	17 4,5%	13 3,4%	6 1,6%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	1 0,3%	3 0,8%	12 3,2%	13 3,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,3%	0 0,0%	1 0,3%	3 0,8%	11 2,9%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 0,8%	2 0,5%	13 3,4%
	Rankin bei Entlassung					

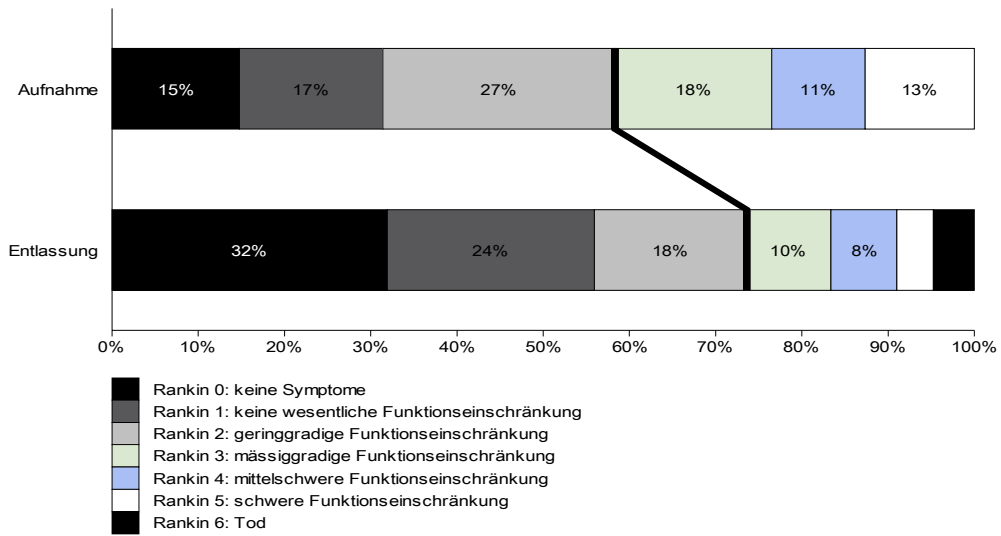
**Vorjahresdaten
Abteilung 2010 I. Qu.**

	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					

**Vorjahresdaten
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	257 12,8%	164 8,2%	124 6,2%	59 2,9%	20 1,0%	4 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	13 0,6%	104 5,2%	139 6,9%	89 4,4%	31 1,5%	12 0,6%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,2%	12 0,6%	85 4,2%	175 8,7%	38 1,9%	10 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	3 0,1%	10 0,5%	100 5,0%	96 4,8%	35 1,7%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	1 0,0%	3 0,1%	14 0,7%	81 4,0%	77 3,8%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	2 0,1%	1 0,0%	10 0,5%	14 0,7%	122 6,1%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	3 0,1%	6 0,3%	13 0,6%	76 3,8%
	Rankin bei Entlassung					

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



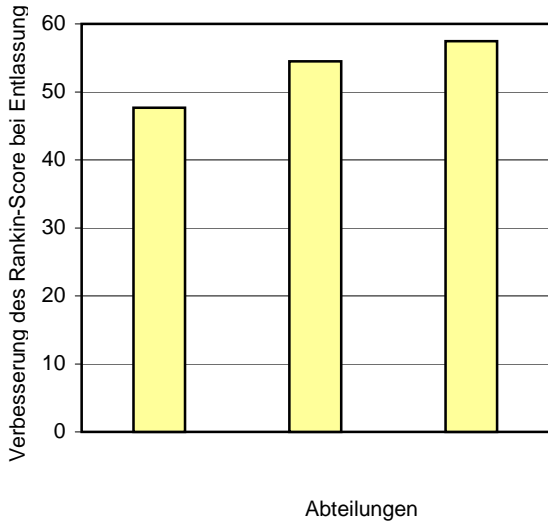
Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 47,7% - 57,4%

Median der Abteilungswerte: 54,5%

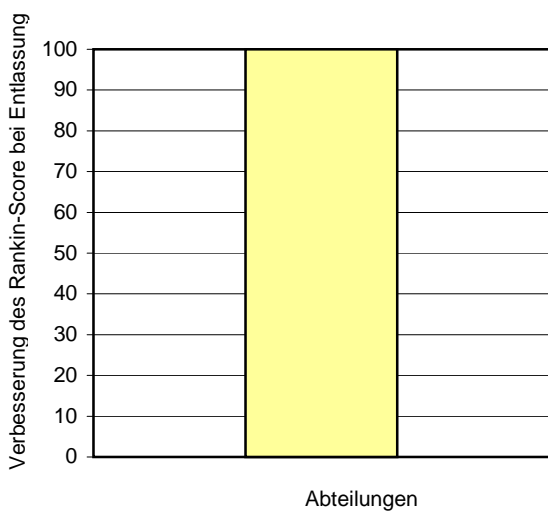


3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			490	100,0	2.561	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			490		2.561	

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

Patienten

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			379		2.009	
Median				75,0		75,0
Geschlecht						
männlich			178	47,0	973	48,4
weiblich			201	53,0	1.036	51,6

Aufnahme

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			296	78,1	1.591	79,2
Sonnabend oder Sonntag			83	21,9	418	20,8
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein, Fuß			194	51,2	1.071	53,3
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			184	48,5	926	46,1
Sprachstörung			78	20,6	502	25,0
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			298	78,6	1.462	72,8
Sprechstörung			127	33,5	669	33,3
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			249	65,7	1.286	64,0
Schluckstörung			85	22,4	396	19,7
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			286	75,5	1.565	77,9
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			342	90,2	1.831	91,1
somnolent-stuporös			29	7,7	145	7,2
komatös			8	2,1	33	1,6
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			41	10,8	133	6,6
> 1 - <= 2 Stunden			39	10,3	242	12,0
> 2 - <= 3 Stunden			27	7,1	232	11,5
> 3 - <= 3,5 Stunden			12	3,2	74	3,7
> 3,5 - <= 4 Stunden			7	1,8	62	3,1
> 4 - <= 6 Stunden			36	9,5	175	8,7
> 6 - <= 24 Stunden			104	27,4	509	25,3
> 24 - <= 48 Stunden			32	8,4	150	7,5
> 48 Stunden			40	10,6	240	11,9
unbekannt			25	6,6	133	6,6
wake up stroke			16	4,2	59	2,9

Diagnostik

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			300	79,2	1.871	93,1
Bildgebung-MRT nach Ereignis			238	62,8	1.180	58,7
Frische Läsion in der Bildgebung			224	59,1	1.126	56,0
Schlucktest nach Protokoll			282	74,4	1.572	78,2
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			44	11,6	209	10,4
>= 1 - 24 Stunden			68	17,9	475	23,6
> 24 Stunden			267	70,4	1.325	66,0
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			375	98,9	1.874	93,3
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			367	96,8	1.838	91,5
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			85	22,4	405	20,2
früherer Schlaganfall			85	22,4	529	26,3
Vorhofflimmern			94	24,8	535	26,6
Komplikationen						
keine Komplikationen			344		1.677	
Pneumonie			10		147	
erhöhter Hirndruck			6		48	
andere Komplikationen			23		208	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2011¹

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			254	67,0	1.251	62,3
TIA			103	27,2	636	31,7
ICB			22	5,8	122	6,1
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			66	17,4	372	18,5
gelegentlicher Verlust			44	11,6	259	12,9
kontinent			269	71,0	1.378	68,6
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			67	17,7	390	19,4
grosse Unterstützung			36	9,5	214	10,7
geringe Unterstützung			36	9,5	362	18,0
vollständig selbstständig			240	63,3	1.043	51,9
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			73	19,3	462	23,0
grosse Unterstützung			47	12,4	271	13,5
geringe Unterstützung			41	10,8	427	21,3
vollständig selbstständig			218	57,5	849	42,3
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			44	11,6	260	12,9
gelegentlicher Verlust			33	8,7	211	10,5
kontinent			284	74,9	1.440	71,7
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			29	7,7	187	9,3
grosse Unterstützung			19	5,0	137	6,8
geringe Unterstützung			34	9,0	214	10,7
vollständig selbstständig			279	73,6	1.373	68,3
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			37	9,8	243	12,1
grosse Unterstützung			29	7,7	162	8,1
geringe Unterstützung			47	12,4	295	14,7
vollständig selbstständig			248	65,4	1.211	60,3

Rankin Skala

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			56	14,8	276	13,7
Rankin 1			63	16,6	286	14,2
Rankin 2			102	26,9	365	18,2
Rankin 3			69	18,2	453	22,5
Rankin 4			41	10,8	293	14,6
Rankin 5			48	12,7	336	16,7
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			121	31,9	628	31,3
Rankin 1			91	24,0	388	19,3
Rankin 2			67	17,7	324	16,1
Rankin 3			37	9,8	244	12,1
Rankin 4			29	7,7	177	8,8
Rankin 5			16	4,2	150	7,5
Tod			18	4,7	98	4,9

Rehabilitation

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			202	53,3	1.219	60,7
> Tag 2 nach Aufnahme			1	0,3	26	1,3
keine			176	46,4	764	38,0
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			346	91,3	1.802	89,7
> Tag 2 nach Aufnahme			8	2,1	55	2,7
keine			25	6,6	152	7,6
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			291	76,8	1.567	78,0
> Tag 2 nach Aufnahme			0	0,0	45	2,2
keine			88	23,2	397	19,8

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			76	20,1	380	18,9
Beatmung			14	3,7	46	2,3
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			313	82,6	1.629	81,1
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			307	81,0	1.535	76,4
Thromboseprophylaxe			364	96,0	1.901	94,6

Entlassung

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/Prävention			373	98,4	1.980	98,6
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			335	88,4	1.600	79,6
Entlassungsart						
verstorben			18	4,7	98	4,9
nach Hause			204	53,8	1.118	55,6
Pflegeeinrichtung/Heim			15	4,0	138	6,9
andere Abteilung			12	3,2	71	3,5
externe (Akut)Klinik			9	2,4	51	2,5
Reha-Klinik			121	31,9	533	26,5
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			379	100,0	2.009	100,0
Mittelwert				8,0		9,4
Median				6,0		8,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			32	8,4	182	9,1
Lyse i.a.			1	0,3	13	0,6
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			6	1,6	33	1,6
> 30 - <= 60 Minuten			23	6,1	121	6,0
> 1 - <= 2 Stunden			4	1,1	27	1,3
> 2 - <=3 Stunden			0	0,0	5	0,2
> 3 - <=4 Stunden			0	0,0	1	0,0
> 4 - <= 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	2	0,1
keine Lyse durchgeführt			346	91,3	1.820	90,6
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			90	23,7	565	28,1
> 30 - <= 60 Minuten			125	33,0	931	46,3
> 1 - <= 3 Stunden			111	29,3	333	16,6
> 3 - <= 6 Stunden			27	7,1	56	2,8
> 6 Stunden			13	3,4	65	3,2
1. Bildgebung vor Aufnahme			13	3,4	53	2,6
keine Bildgebung erfolgt			0	0,0	6	0,3
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			204	53,8	997	49,6
3 - 8 (mittel)			109	28,8	625	31,1
9 - 20 (schwerwiegend)			48	12,7	283	14,1
> 20 (sehr schwerwiegend)			17	4,5	77	3,8
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2011 I. Qu.		Gesamt 2011 I. Qu.		Gesamt 2010 I. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			273	72,0	1.309	65,2
Hypercholesterinämie			118	31,1	741	36,9
keine Angabe			41	10,8	424	21,1
Sekundärprophylaxe						
Statine			281	74,1	960	47,8
Antihypertensiva			277	73,1	1.282	63,8
Antidiabetika			48	12,7	256	12,7
keine Angabe			42	11,1	444	22,1
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			280	73,9	1.262	62,8
Pflege zu Hause			33	8,7	161	8,0
Pflege in Institution			19	5,0	148	7,4
keine Angabe			47	12,4	438	21,8

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2011.

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

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2011 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2010 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle 'Vorjahresdaten' und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle 'Vorjahresdaten' und der Auswertung 2010 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2011 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

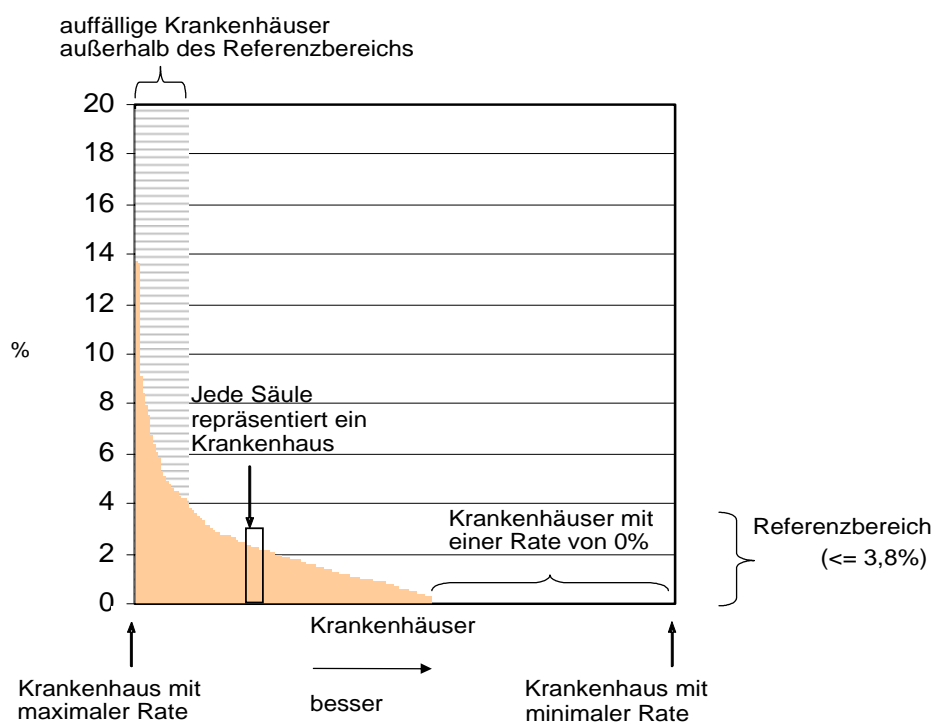
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der 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 / 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