

III. Quartalsauswertung 2010 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.638
Datensatzversion: apo_hh 2010 1.0
Datenbankstand: 02. November 2010
2010 - D10030-L67555-P31719

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 3. 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)			80,5%	>= 40%	1.1
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			90,7%	>= 75%	1.3
QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			85,6%	>= 65%	1.5
QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,2%	>= 90%	1.7
QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			95,5%	>= 90%	1.9
QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			69,2%	>= 50%	1.11
QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			87,7%	>= 66%	1.13
QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,7%	>= 95%	1.15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirnfarkt und TIA			96,1%	>= 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			12,7%	<= 30%	1.19
QI 11: Screening für Schluckstörungen			82,1%	>= 55%	1.24
QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptom- beginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			29,9%	>= 30%	1.26
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			88,7%	>= 55%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			80,2%	>= 55%	1.28
QI 14: Thrombolyserate					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h			35,2%	>= 25%	1.32
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h			11,6%	>= 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			89,4%	>= 66%	1.35
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			94,1%	>= 55%	1.35
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			51,4%	>= 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 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.072 / 1.331	80,5%
Vertrauensbereich				78,3% - 82,6%
Referenzbereich		>= 40%		>= 40%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.490 / 1.852	80,5%
Vertrauensbereich				78,6% - 82,2%

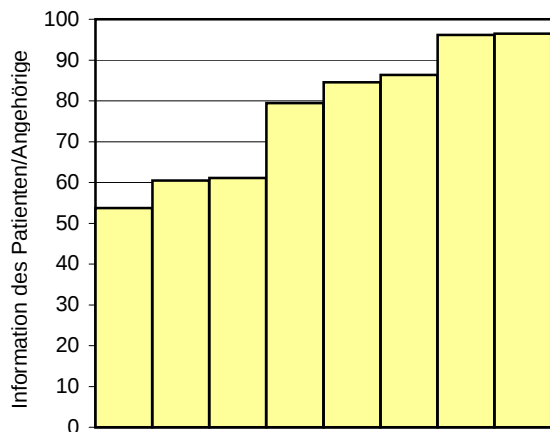
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83254]:

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: 53,7% - 96,5%

Median der Abteilungswerte: 82,0%



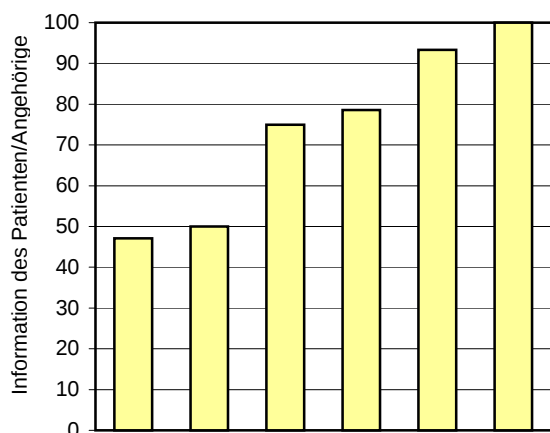
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 47,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 76,8%



Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83284

Referenzbereich: $\geq 75\%$

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich		 $\geq 75\%$	439 / 484 87,7% - 93,1% $\geq 75\%$	 90,7%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			665 / 722 89,9% - 94,0%	 92,1%

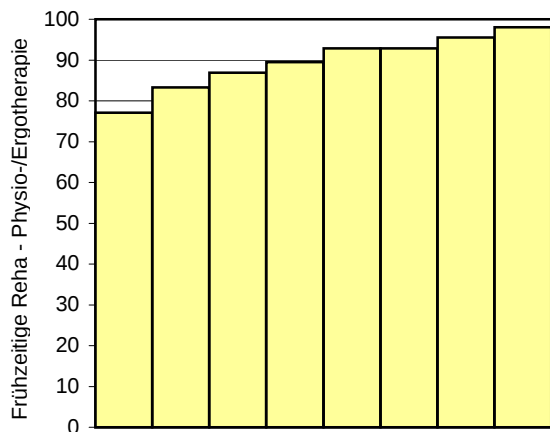
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83284]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 77,1% - 98,0%

Median der Abteilungswerte: 91,2%



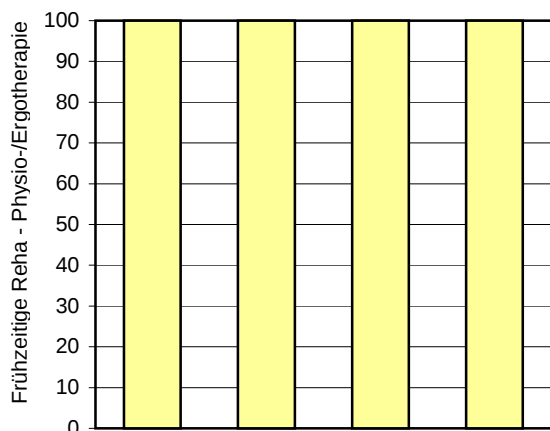
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 65%

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			474 / 554	85,6%
Vertrauensbereich				82,3% - 88,4%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			631 / 741	85,2%
Vertrauensbereich				82,4% - 87,6%

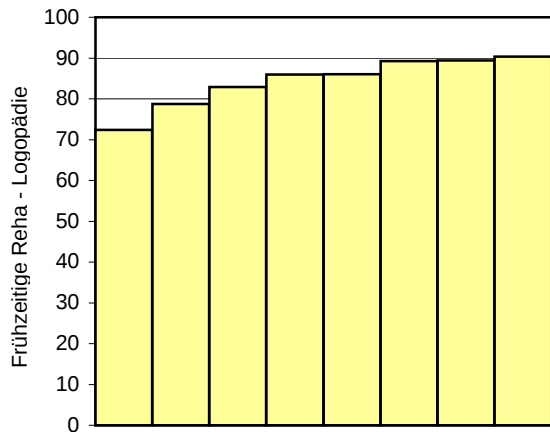
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83285]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 72,4% - 90,4%

Median der Abteilungswerte: 86,0%



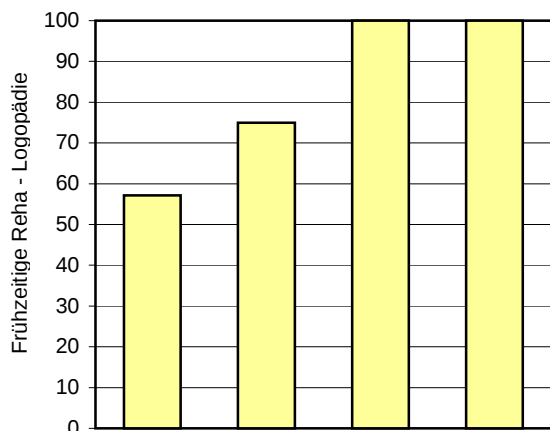
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 87,5%



Abteilungen

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 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: 2010/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			769 / 799	96,2%
Vertrauensbereich				94,7% - 97,5%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

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

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

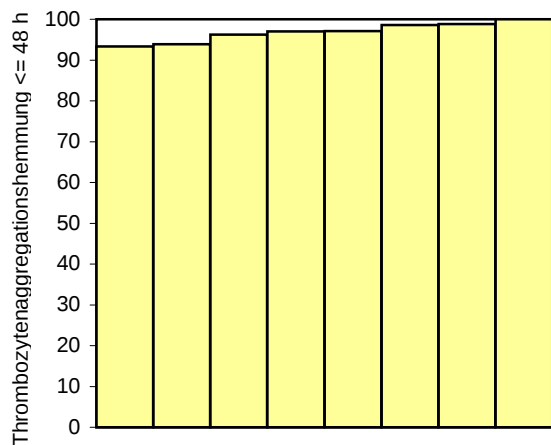
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83286]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 93,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,0%



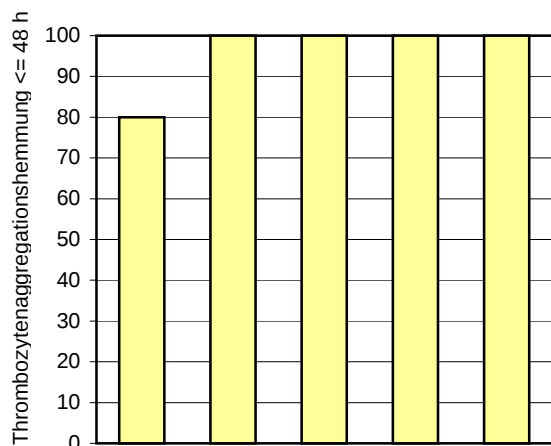
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 80,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.007 / 1.055	95,5%
Vertrauensbereich				94,0% - 96,6%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.399 / 1.447	96,7%
Vertrauensbereich				95,6% - 97,5%

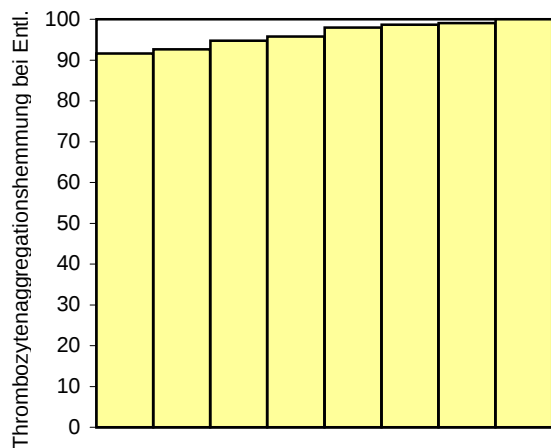
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83287]:

**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: 91,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,9%



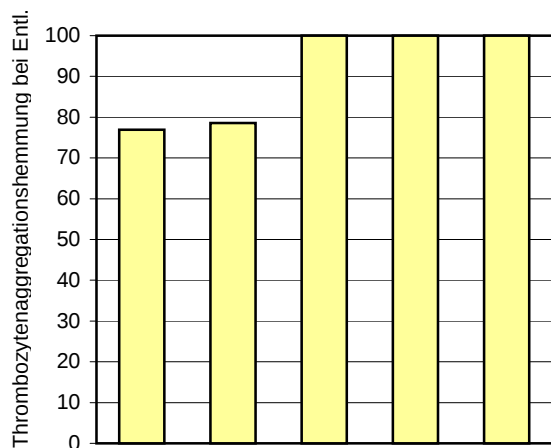
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 76,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 50%

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			139 / 201	69,2%
Vertrauensbereich				62,3% - 75,5%
Referenzbereich		>= 50%		>= 50%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			175 / 254	68,9%
Vertrauensbereich				62,8% - 74,5%

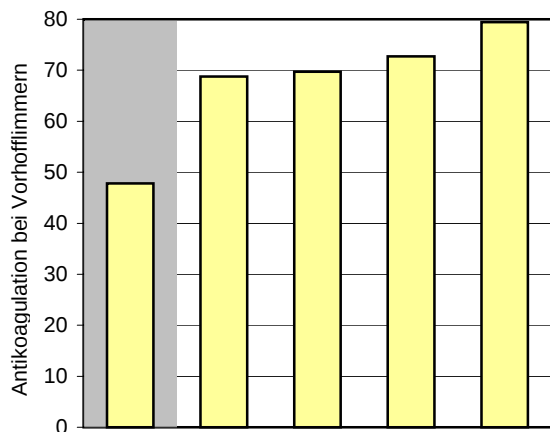
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83288]:

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: 47,8% - 79,4%

Median der Abteilungswerte: 69,7%



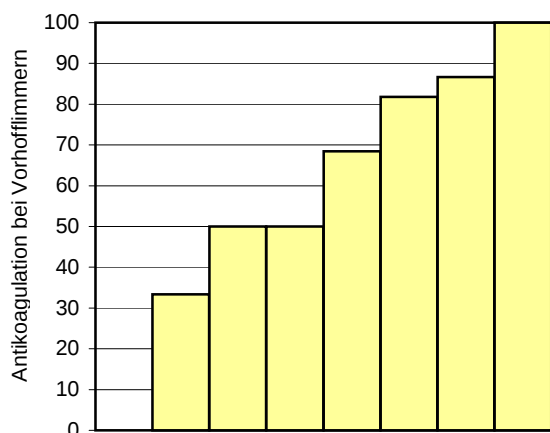
Abteilungen

5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 59,2%



Abteilungen

8 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:	2010/apo_hh/83290
Referenzbereich:	>= 66%

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			555 / 633	87,7%
Vertrauensbereich				84,9% - 90,1%
Referenzbereich		>= 66%		>= 66%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			809 / 923	87,6%
Vertrauensbereich				85,3% - 89,7%

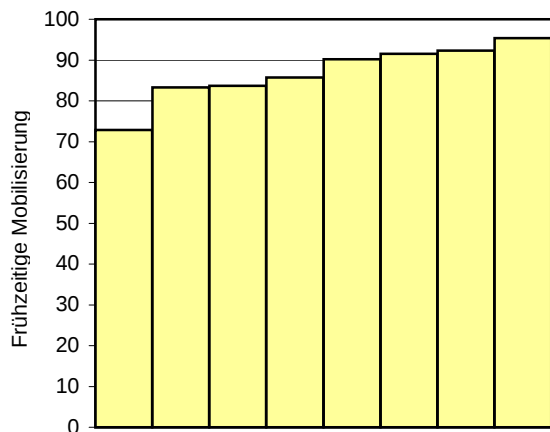
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83290]:

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: 72,9% - 95,3%

Median der Abteilungswerte: 88,0%



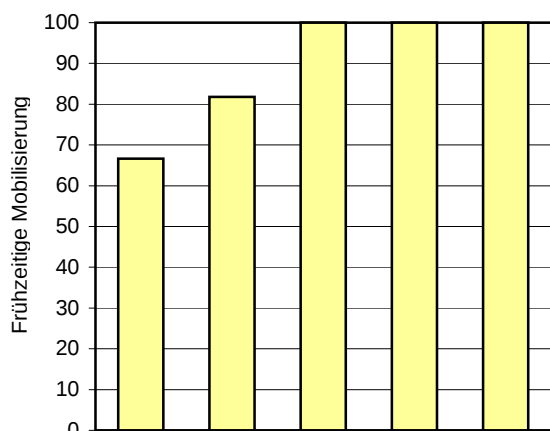
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 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: 2010/apo_hh/83291

Referenzbereich: >= 95%

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.386 / 1.390	99,7%
Vertrauensbereich				99,3% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

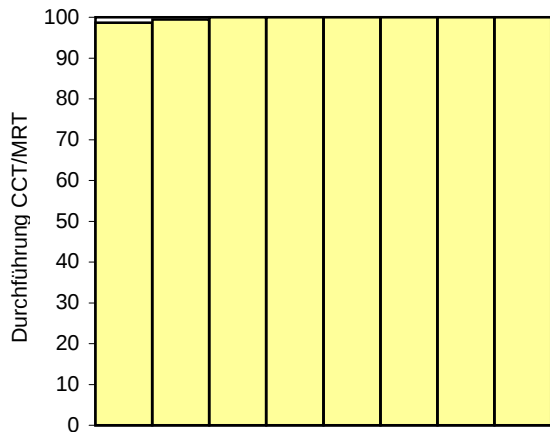
Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.941 / 1.945	99,8%
Vertrauensbereich				99,5% - 99,9%

**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: 98,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



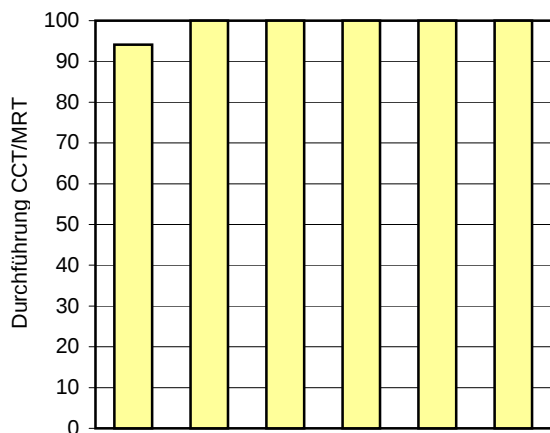
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA

Qualitätsziel:	Durchführung einer extrakraniellen Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder Transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographie oder Computertomographische Angiographie) bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA
Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA
Kennzahl-ID:	2010/apo_hh/83292
Referenzbereich:	>= 90%

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.268 / 1.319	96,1%
Vertrauensbereich				94,9% - 97,1%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.753 / 1.815	96,6%
Vertrauensbereich				95,6% - 97,4%

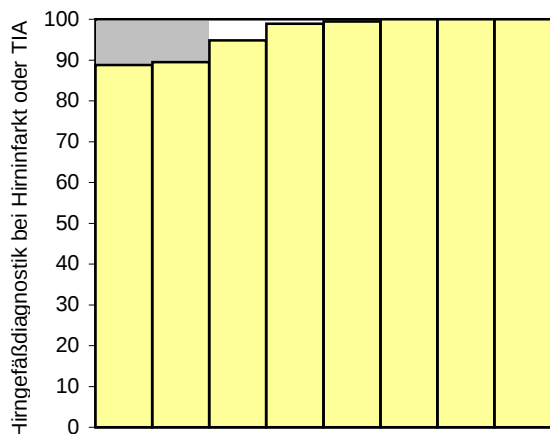
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83292]:

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: 88,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,2%



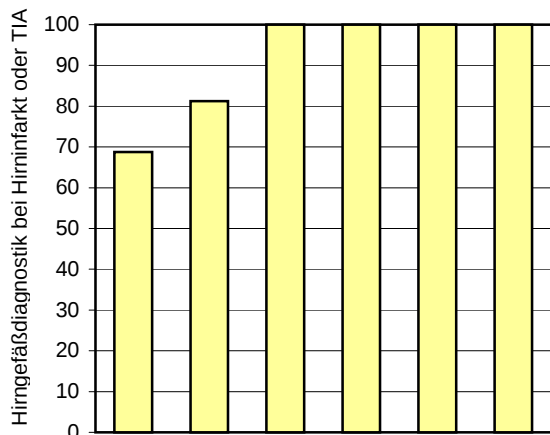
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 68,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

Kennzahl-ID:
Gruppe 1: 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 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 30%

	Gesamt 2010 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	0 / 396 0,0%	32 / 923 3,5%	9 / 71 12,7%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,9%	2,4% - 4,9%	5,9% - 22,8%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich			

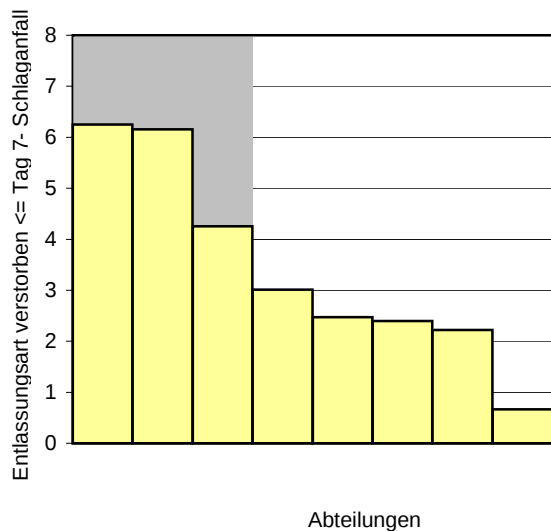
Vorjahresdaten	Gesamt 2009 III. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	2 / 663 0,3% 0,0% - 1,1%	38 / 1.152 3,3% 2,3% - 4,5%	21 / 130 16,2% 10,3% - 23,7%

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: 0,7% - 6,3%

Median der Abteilungswerte: 2,7%

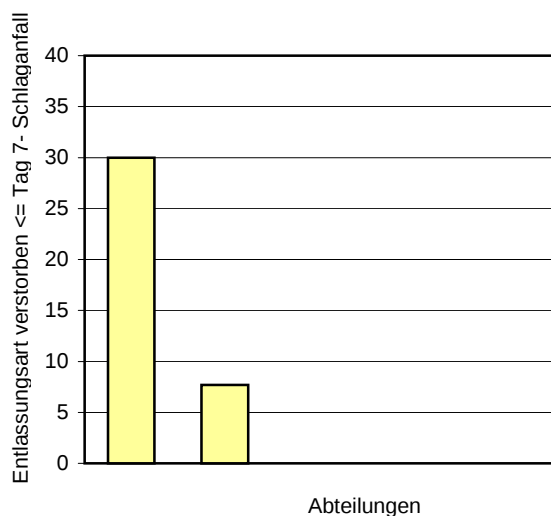


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 30,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

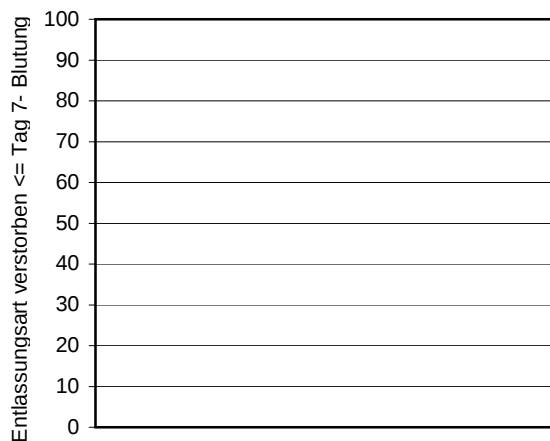
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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



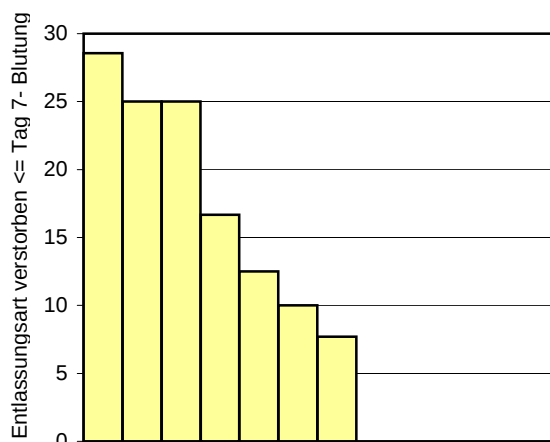
Abteilungen

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 28,6%

Median der Abteilungswerte: 8,8%



Abteilungen

12 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: 2010/apo_hh/83294

Referenzbereich: $\geq 55\%$

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			694 / 845	82,1%
Vertrauensbereich				79,4% - 84,7%
Referenzbereich		$\geq 55\%$		$\geq 55\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			794 / 1.038	76,5%
Vertrauensbereich				73,8% - 79,0%

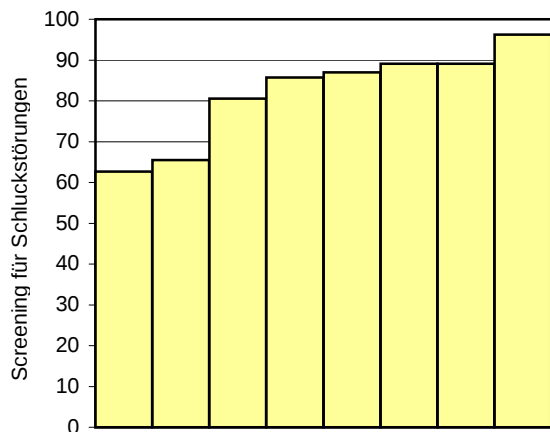
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83294]:

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: 62,6% - 96,2%

Median der Abteilungswerte: 86,4%



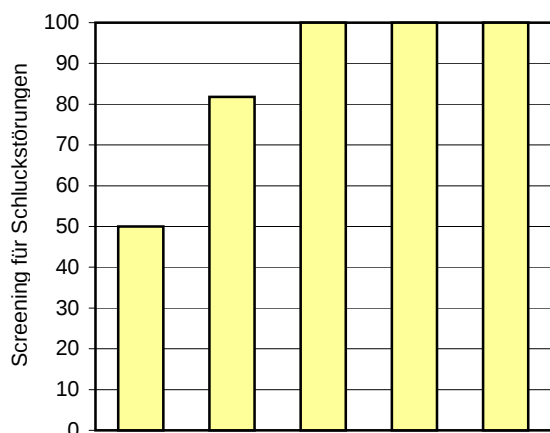
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83295

Referenzbereich: >= 30%

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 1 Stunde			107 / 1.390	7,7%
> 1 - <= 2 Stunden			151 / 1.390	10,9%
> 2 - <= 3 Stunden			157 / 1.390	11,3%
> 3 - <= 3,5 Stunden			70 / 1.390	5,0%
> 3,5 - <= 4 Stunden			45 / 1.390	3,2%
> 4 - <= 6 Stunden			150 / 1.390	10,8%
> 6 - <= 24 Stunden			267 / 1.390	19,2%
> 24 - <= 48 Stunden			108 / 1.390	7,8%
> 48 Stunden			166 / 1.390	11,9%
wake up stroke			70 / 1.390	5,0%
unbekannt			99 / 1.390	7,1%
<= 3 Stunden			415 / 1.390	29,9%
Vertrauensbereich				27,5% - 32,3%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 3 Stunden	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

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

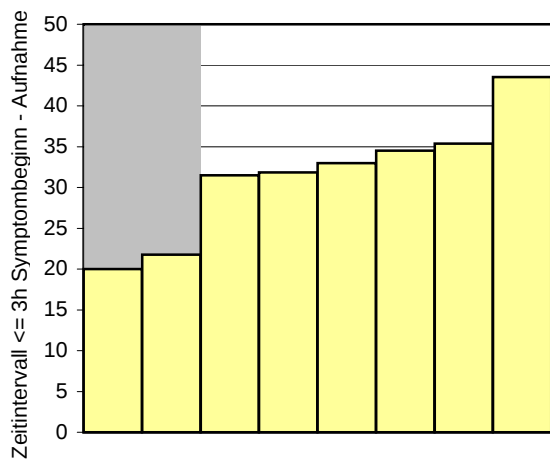
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83295]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 20,0% - 43,5%

Median der Abteilungswerte: 32,4%



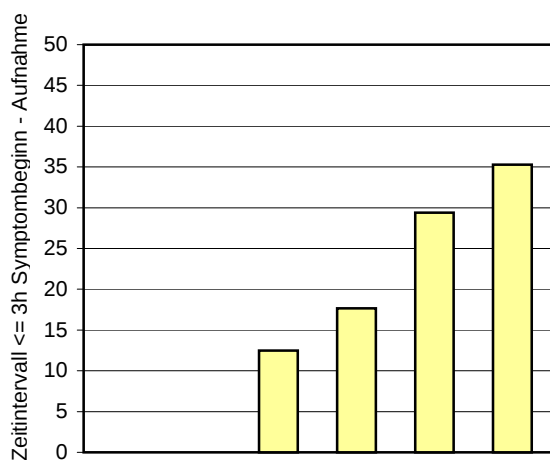
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 15,1%



Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten			166 / 265 62,6%	75 / 177 42,4%
<= 60 Minuten			235 / 265 88,7%	142 / 177 80,2%
Vertrauensbereich			84,2% - 92,2%	73,6% - 85,8%
Referenzbereich	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%
> 30 - 60 Minuten			69 / 265 26,0%	67 / 177 37,9%
> 1 bis 3 Stunden			26 / 265 9,8%	28 / 177 15,8%
> 3 bis 6 Stunden			2 / 265 0,8%	5 / 177 2,8%
> 6 Stunden			2 / 265 0,8%	0 / 177 0,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme			0 / 265 0,0%	2 / 177 1,1%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 265 0,0%	0 / 177 0,0%

Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. 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.

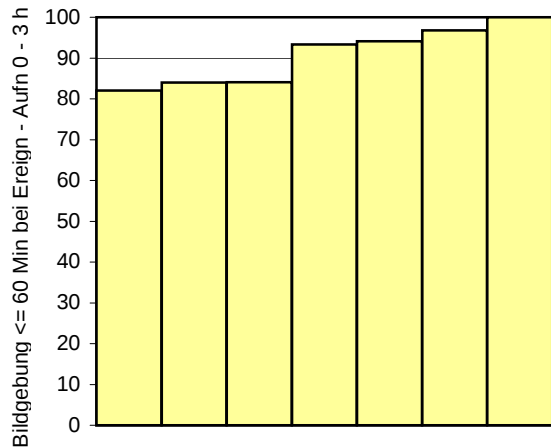
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83303]:

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: 82,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 93,3%



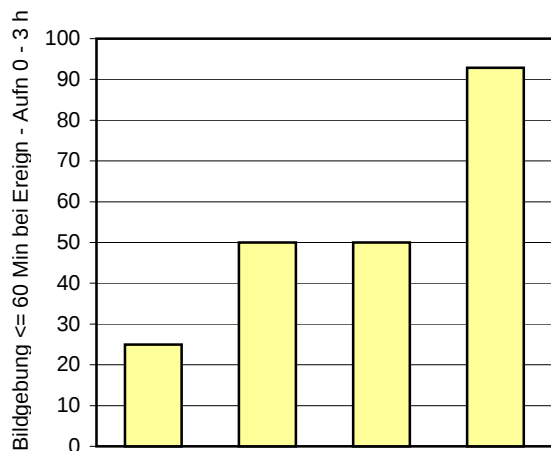
Abteilungen

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 25,0% - 92,9%

Median der Abteilungswerte: 50,0%



Abteilungen

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

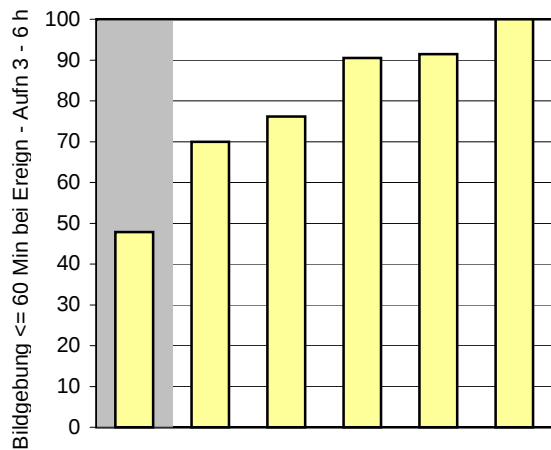
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83307]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 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: 47,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 83,3%



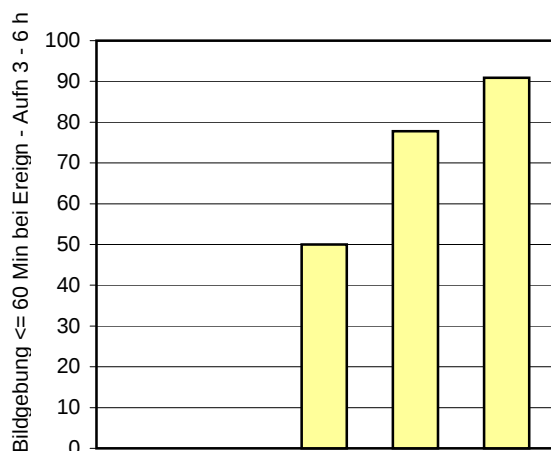
Abteilungen

6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 90,9%

Median der Abteilungswerte: 50,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 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 (Ausschluss: Patienten mit TIA)
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden (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 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung			86 / 244	19 / 164
Vertrauensbereich			35,2%	11,6%
Referenzbereich	>= 25%	>= 3%	29,3% - 41,6%	7,1% - 17,5%
			>= 25%	>= 3%

Vorjahresdaten¹	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. 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.

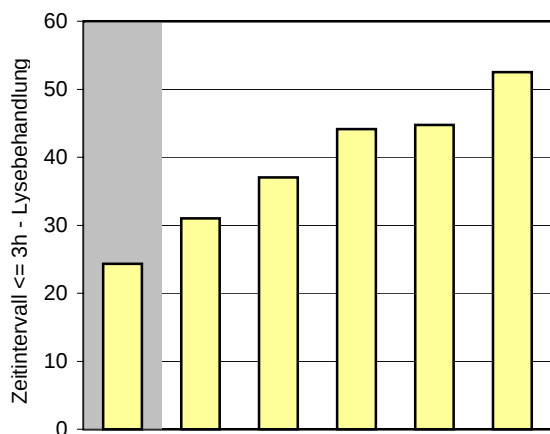
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83311]:

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: 24,3% - 52,5%

Median der Abteilungswerte: 40,6%



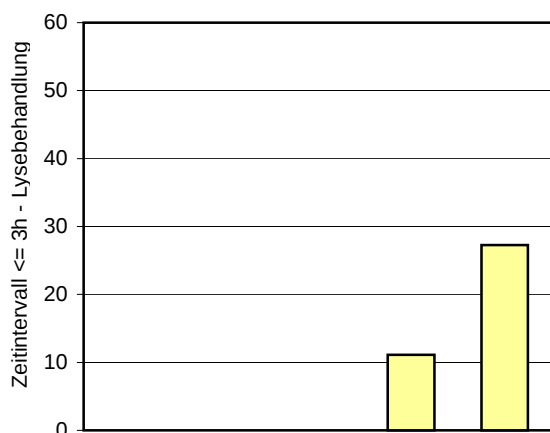
Abteilungen

6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

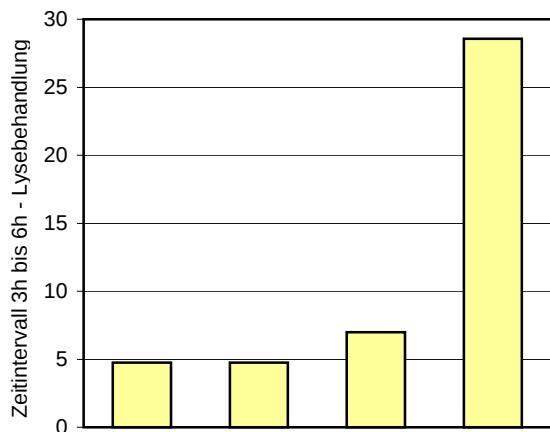
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83312]:

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: 4,8% - 28,6%

Median der Abteilungswerte: 5,9%



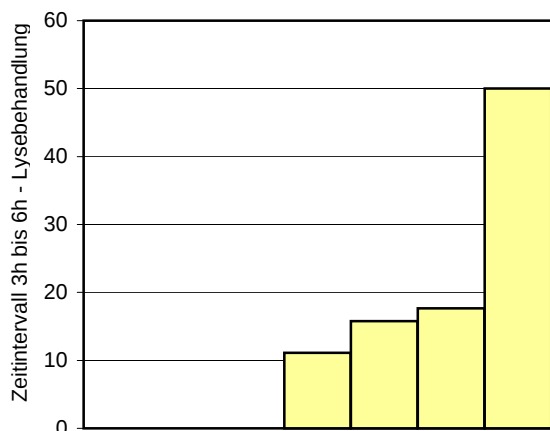
Abteilungen

4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 11,1%



Abteilungen

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden, bei denen eine systemische Thrombolyse durchgeführt wurde (Ausschluss: Patienten mit TIA)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/apo_hh/83313
	Gruppe 2:	2010/apo_hh/83320
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 66%
	Gruppe 2:	>= 55%

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten			15 / 85 17,6%	6 / 17 35,3%
<= 60 Minuten			76 / 85 89,4%	16 / 17 94,1%
Vertrauensbereich			80,8% - 95,1%	71,3% - 99,9%
Referenzbereich	>= 66%	>= 55%	>= 66%	>= 55%
> 30 - 60 Minuten			61 / 85 71,8%	10 / 17 58,8%
> 1 - 2 Stunden			8 / 85 9,4%	1 / 17 5,9%
> 2 - 3 Stunden			1 / 85 1,2%	0 / 17 0,0%
> 3 - 4 Stunden			0 / 85 0,0%	0 / 17 0,0%
> 4 - 6 Stunden			0 / 85 0,0%	0 / 17 0,0%
> 6 Stunden			0 / 85 0,0%	0 / 17 0,0%
keine Lyse durchgeführt			0 / 85 0,0%	0 / 17 0,0%

Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2009 III. Qu.		Gesamt 2009 III. 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.

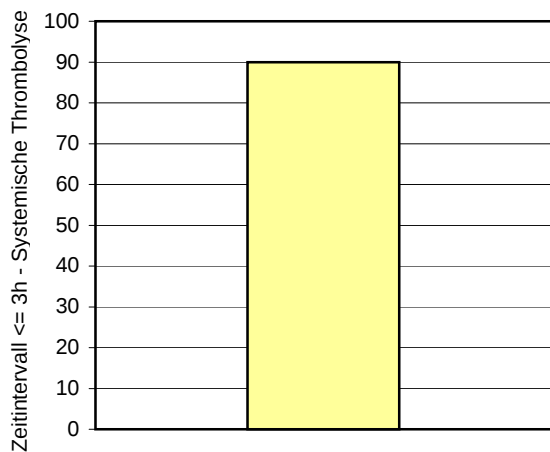
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83313]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 90,0%



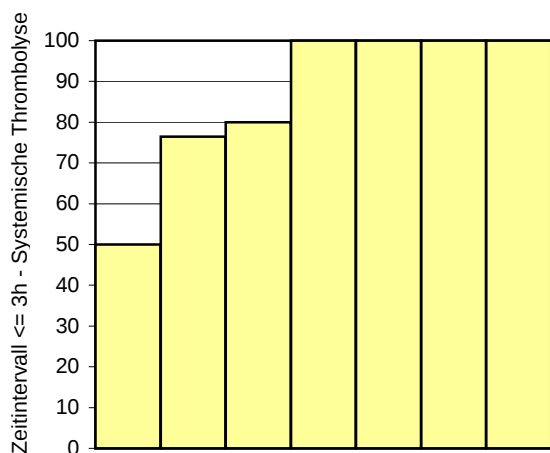
Abteilungen

1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

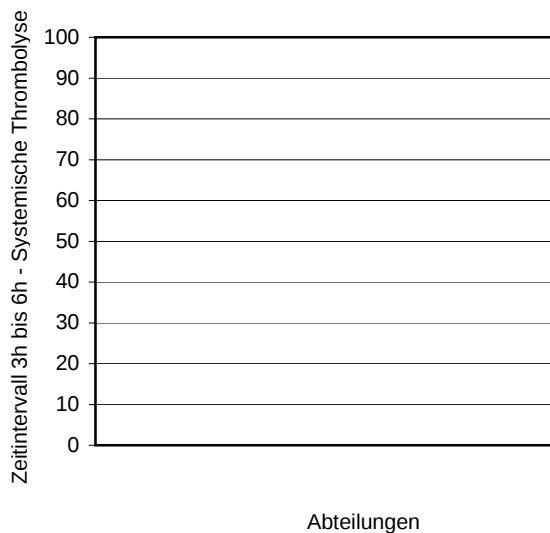
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83320]:

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

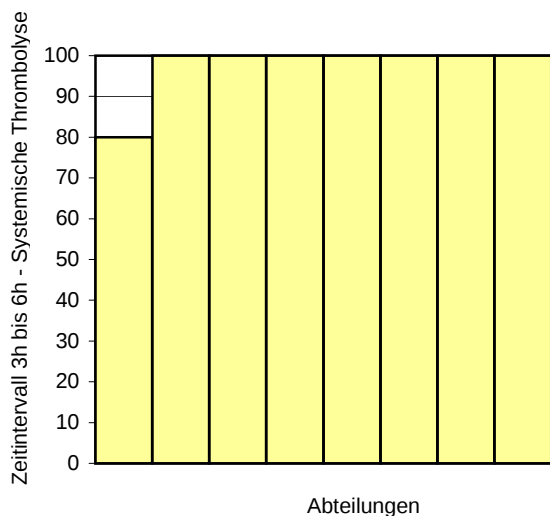


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 80,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 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 III. Qu.	Gesamt 2010 III. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		715 / 1.390 51,4%
Vertrauensbereich		48,8% - 54,1%
Referenzbereich	>= 25%	>= 25%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 III. Qu.	Gesamt 2009 III. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.045 / 1.945 53,7%
Vertrauensbereich		51,5% - 56,0%

Abteilung 2010 III. Qu.

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

Gesamt 2010 III. Qu.

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	174 12,5%	129 9,3%	77 5,5%	27 1,9%	12 0,9%	5 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	23 1,7%	85 6,1%	108 7,8%	48 3,5%	20 1,4%	13 0,9%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,4%	10 0,7%	71 5,1%	101 7,3%	34 2,4%	7 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	3 0,2%	0 0,0%	14 1,0%	65 4,7%	65 4,7%	15 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	7 0,5%	14 1,0%	53 3,8%	54 3,9%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%	4 0,3%	6 0,4%	80 5,8%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	4 0,3%	10 0,7%	4 0,3%	41 2,9%
	Rankin bei Entlassung					

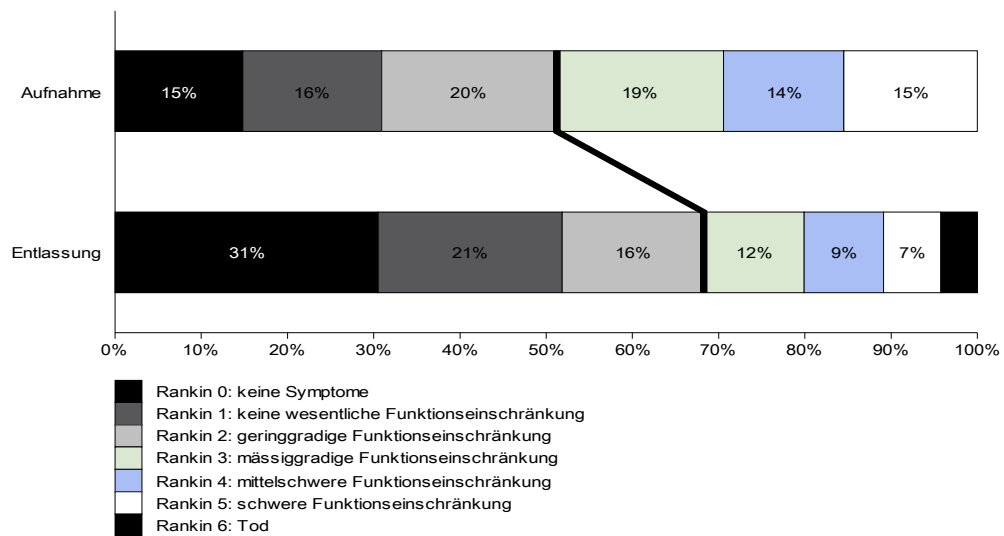
Vorjahresdaten
Abteilung 2009 III. Qu.

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

Vorjahresdaten
Gesamt 2009 III. Qu.

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
	Rankin bei Aufnahme					
0 keine Symptome	243 12,5%	165 8,5%	104 5,3%	61 3,1%	14 0,7%	7 0,4%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	14 0,7%	100 5,1%	158 8,1%	77 4,0%	23 1,2%	6 0,3%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	16 0,8%	93 4,8%	164 8,4%	46 2,4%	14 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	4 0,2%	16 0,8%	96 4,9%	99 5,1%	32 1,6%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	1 0,1%	5 0,3%	13 0,7%	68 3,5%	75 3,9%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	2 0,1%	5 0,3%	15 0,8%	112 5,8%
6 Tod	0 0,0%	1 0,1%	5 0,3%	5 0,3%	8 0,4%	74 3,8%
	Rankin bei Entlassung					

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung

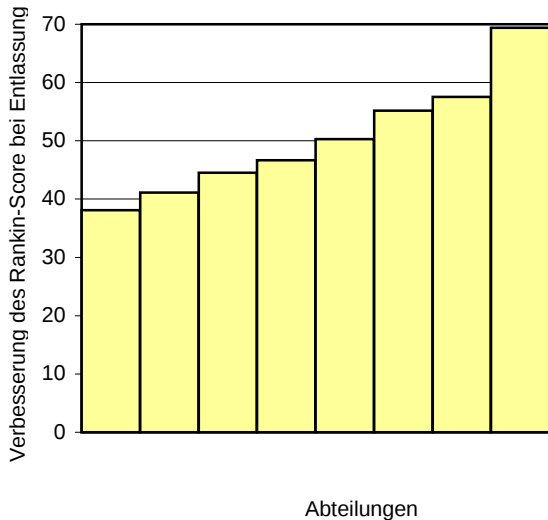


Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 38,1% - 69,4%

Median der Abteilungswerte: 48,5%

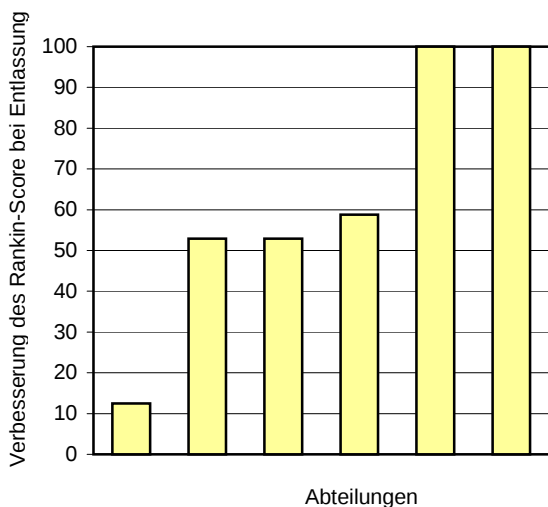


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 12,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 55,9%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			0	0,0	0	0,0
3. Quartal			1.638	100,0	2.321	100,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.638		2.321	

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

Patienten

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.390		1.945	
Median				75,0		74,0
Geschlecht						
männlich			687	49,4	952	48,9
weiblich			703	50,6	993	51,1

Aufnahme

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.069	76,9	1.493	76,8
Sonnabend oder Sonntag			321	23,1	452	23,2
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein, Fuß			703	50,6	1.019	52,4
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			675	48,6	926	47,6
Sprachstörung			343	24,7	461	23,7
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			1.027	73,9	1.484	76,3
Sprechstörung			477	34,3	657	33,8
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			878	63,2	1.288	66,2
Schluckstörung			253	18,2	373	19,2
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			1.095	78,8	1.572	80,8
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.283	92,3	1.777	91,4
somnolent-stuporös			94	6,8	134	6,9
komatös			13	0,9	34	1,7
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde ¹			107	7,7	-	-
> 1 - <= 2 Stunden ¹			151	10,9	-	-
> 2 - <= 3 Stunden			157	11,3	252	13,0
> 3 - <= 3,5 Stunden ¹			70	5,0	-	-
> 3,5 - <= 4 Stunden ¹			45	3,2	-	-
> 4 - <= 6 Stunden ¹			150	10,8	-	-
> 6 - <= 24 Stunden			267	19,2	448	23,0
> 24 - <= 48 Stunden			108	7,8	153	7,9
> 48 Stunden			166	11,9	235	12,1
unbekannt			99	7,1	151	7,8
wake up stroke ¹			70	5,0	-	-

¹ Schlüsselwert 2009 noch nicht im Datensatz

Diagnostik

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.297	93,3	1.785	91,8
Bildgebung-MRT nach Ereignis			833	59,9	1.158	59,5
Frische Läsion in der Bildgebung			795	57,2	1.047	53,8
Schlucktest nach Protokoll			1.082	77,8	1.358	69,8
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			150	10,8	248	12,8
>= 1 - 24 Stunden			323	23,2	453	23,3
> 24 Stunden			917	66,0	1.244	64,0
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.313	94,5	1.816	93,4
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.283	92,3	1.770	91,0
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			315	22,7	415	21,3
früherer Schlaganfall			379	27,3	527	27,1
Vorhofflimmern			349	25,1	473	24,3
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.217		1.674	
Pneumonie			80		116	
erhöhter Hirndruck			27		54	
andere Komplikationen			105		172	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2010¹

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			923	66,4	1.152	59,2
TIA			396	28,5	663	34,1
ICB			71	5,1	130	6,7
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			250	18,0	357	18,4
gelegentlicher Verlust			156	11,2	231	11,9
kontinent			984	70,8	1.357	69,8
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			280	20,1	367	18,9
grosse Unterstützung			142	10,2	203	10,4
geringe Unterstützung			212	15,3	353	18,1
vollständig selbstständig			756	54,4	1.022	52,5
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			325	23,4	413	21,2
grosse Unterstützung			167	12,0	248	12,8
geringe Unterstützung			239	17,2	461	23,7
vollständig selbstständig			659	47,4	823	42,3
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			165	11,9	228	11,7
gelegentlicher Verlust			161	11,6	210	10,8
kontinent			1.005	72,3	1.414	72,7
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			120	8,6	154	7,9
grosse Unterstützung			121	8,7	136	7,0
geringe Unterstützung			148	10,6	236	12,1
vollständig selbstständig			942	67,8	1.326	68,2
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			172	12,4	202	10,4
grosse Unterstützung			115	8,3	165	8,5
geringe Unterstützung			186	13,4	327	16,8
vollständig selbstständig			858	61,7	1.158	59,5

Rankin Skala

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			206	14,8	261	13,4
Rankin 1			224	16,1	287	14,8
Rankin 2			282	20,3	383	19,7
Rankin 3			269	19,4	421	21,6
Rankin 4			194	14,0	273	14,0
Rankin 5			215	15,5	320	16,5
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			424	30,5	594	30,5
Rankin 1			297	21,4	378	19,4
Rankin 2			228	16,4	335	17,2
Rankin 3			162	11,7	248	12,8
Rankin 4			128	9,2	163	8,4
Rankin 5			92	6,6	134	6,9
Tod			59	4,2	93	4,8

Rehabilitation

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			850	61,2	1.049	53,9
> Tag 2 nach Aufnahme			28	2,0	45	2,3
keine			512	36,8	851	43,8
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.223	88,0	1.755	90,2
> Tag 2 nach Aufnahme			50	3,6	61	3,1
keine			117	8,4	129	6,6
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.079	77,6	1.488	76,5
> Tag 2 nach Aufnahme			40	2,9	46	2,4
keine			271	19,5	411	21,1

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			270	19,4	375	19,3
Beatmung			32	2,3	60	3,1
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.160	83,5	1.569	80,7
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.099	79,1	1.516	77,9
Thromboseprophylaxe			1.317	94,7	1.816	93,4

Entlassung

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			1.366	98,3	1.926	99,0
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.108	79,7	1.541	79,2
Entlassungsart						
verstorben			59	4,2	93	4,8
nach Hause			789	56,8	1.080	55,5
Pflegeeinrichtung/Heim			113	8,1	116	6,0
andere Abteilung			54	3,9	75	3,9
externe (Akut)Klinik			29	2,1	47	2,4
Reha-Klinik			346	24,9	534	27,5
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.390	100,0	1.945	100,0
Mittelwert				8,3		9,2
Median				7,0		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			110	7,9	156	8,0
Lyse i.a.			13	0,9	12	0,6
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			22	1,6	24	1,2
> 30 - <= 60 Minuten			77	5,5	112	5,8
> 1 - <= 2 Stunden			13	0,9	19	1,0
> 2 - <= 3 Stunden			1	0,1	5	0,3
> 3 - <= 4 Stunden ¹			2	0,1	-	-
> 4 - <= 6 Stunden ¹			0	0,0	-	-
> 6 Stunden			1	0,1	2	0,1
keine Lyse durchgeführt ¹			1.274	91,7	-	-
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			495	35,6	367	18,9
> 30 - <= 60 Minuten			501	36,0	682	35,1
> 1 - <= 3 Stunden ¹			261	18,8	-	-
> 3 - <= 6 Stunden ¹			51	3,7	-	-
> 6 Stunden			33	2,4	29	1,5
1. Bildgebung vor Aufnahme			45	3,2	27	1,4
keine Bildgebung erfolgt ¹			4	0,3	-	-
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			739	53,2	689	35,4
3 - 8 (mittel)			407	29,3	427	22,0
9 - 20 (schwerwiegend)			187	13,5	164	8,4
> 20 (sehr schwerwiegend)			36	2,6	38	2,0
keine Angabe			0	0,0	595	30,6

¹ Schlüsselwert 2009 noch nicht im Datensatz

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2010 III. Qu.		Gesamt 2010 III. Qu.		Gesamt 2009 III. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			807	58,1	1.203	61,9
Hypercholesterinämie			450	32,4	624	32,1
keine Angabe			389	28,0	498	25,6
Sekundärprophylaxe						
Statine			624	44,9	809	41,6
Antihypertensiva			776	55,8	1.158	59,5
Antidiabetika			175	12,6	260	13,4
keine Angabe			410	29,5	524	26,9
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			813	58,5	1.182	60,8
Pflege zu Hause			95	6,8	145	7,5
Pflege in Institution			106	7,6	106	5,4
keine Angabe			376	27,1	512	26,3

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.

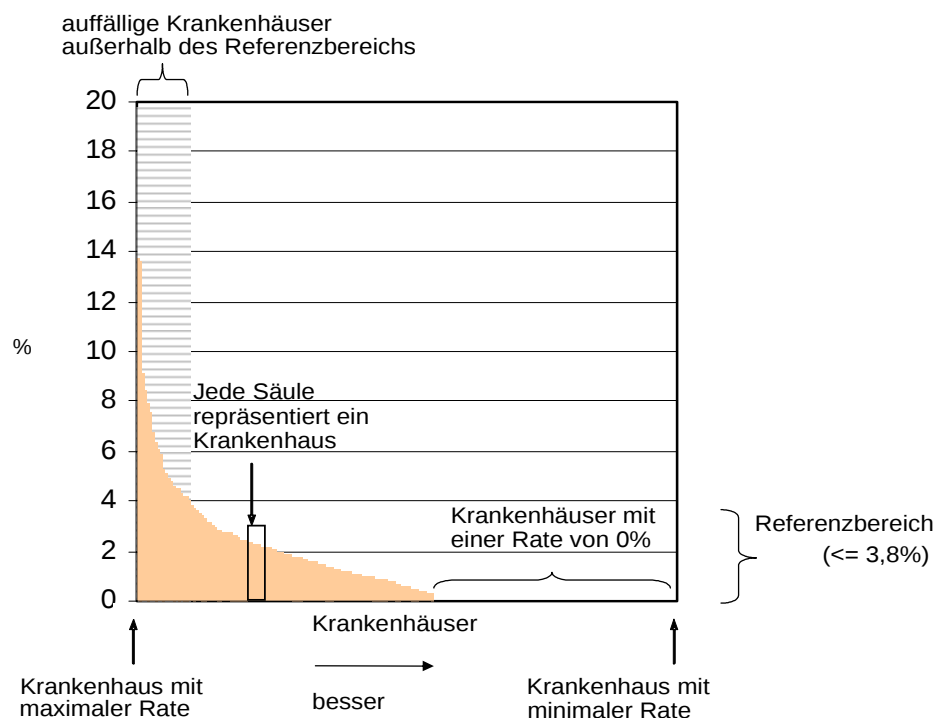
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 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