

II. Quartalsauswertung 2011 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.889
Datensatzversion: apo_hh 2011 2.0
Datenbankstand: 02. August 2011
2011 - D10854-L72545-P34377

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 2. Quartal 2011 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)			75,2%	>= 45%	1.1
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			88,4%	>= 75%	1.3
QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			84,4%	>= 65%	1.5
QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,6%	>= 90%	1.7
QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			95,5%	>= 90%	1.9
QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			72,0%	>= 55%	1.11
QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			88,7%	>= 70%	1.13
QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,9%	>= 95%	1.15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirnfarkt und TIA			96,7%	>= 90%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			4,7%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			18,3%	<= 25%	1.19
QI 11: Screening für Schluckstörungen			80,8%	>= 60%	1.24
QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptom- beginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			31,4%	>= 30%	1.26
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			90,1%	>= 60%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			74,9%	>= 60%	1.28
0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			85,1%	>= 60%	1.28
> 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			80,9%	>= 60%	1.28

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 14: Thrombolyse					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25			57,9%	>= 30%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			14,7%	>= 4%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			51,0%	>= 25%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			14,0%	>= 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			87,1%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			81,8%	>= 60%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h			86,5%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 4 - 6 h			85,7%	>= 60%	1.41
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			52,0%	>= 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 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.093 / 1.453	75,2%
Vertrauensbereich				72,9% - 77,4%
Referenzbereich		>= 45%		>= 45%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			1.600 / 1.979	80,8%
Vertrauensbereich				79,0% - 82,6%

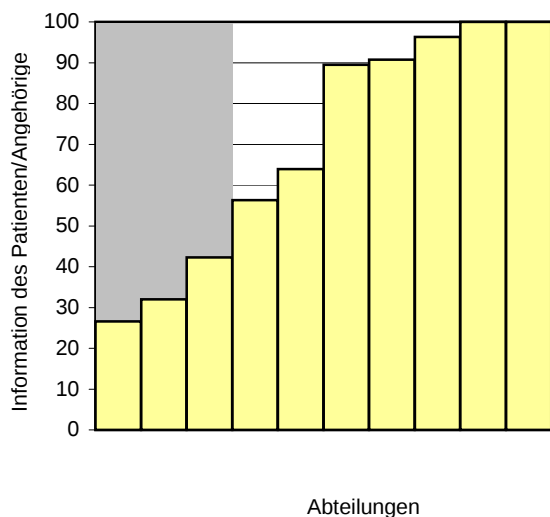
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83254]:

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: 26,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 76,7%

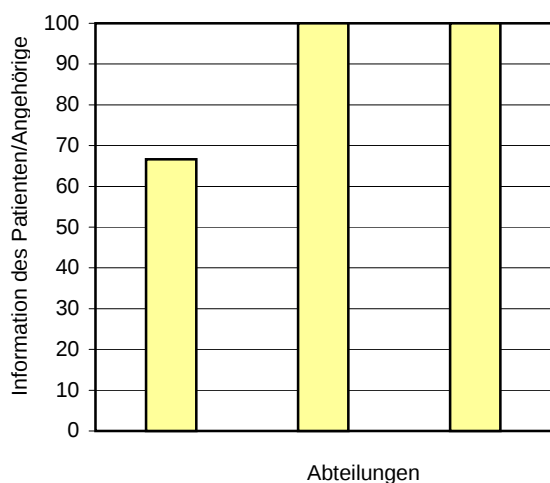


10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben 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: 2011/apo_hh/83284

Referenzbereich: $\geq 75\%$

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich		 $\geq 75\%$	450 / 509 85,3% - 91,1% $\geq 75\%$	88,4%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich		 $\geq 75\%$	674 / 730 90,1% - 94,2% $\geq 75\%$	92,3%

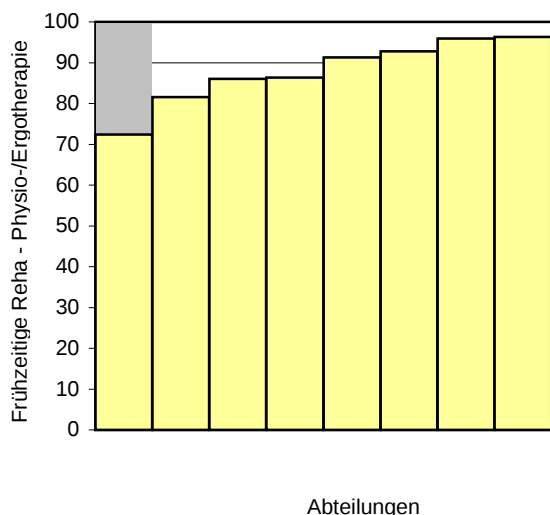
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83284]:

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: 72,4% - 96,3%

Median der Abteilungswerte: 88,8%

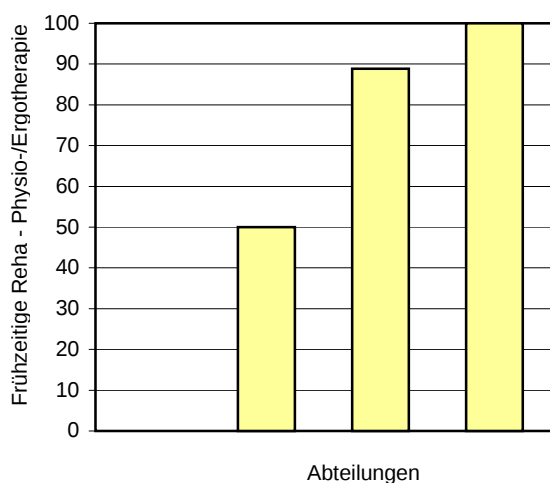


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 69,4%



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: 2011/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 65%

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			461 / 546	84,4%
Vertrauensbereich				81,1% - 87,4%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			676 / 781	86,6%
Vertrauensbereich				84,0% - 88,9%

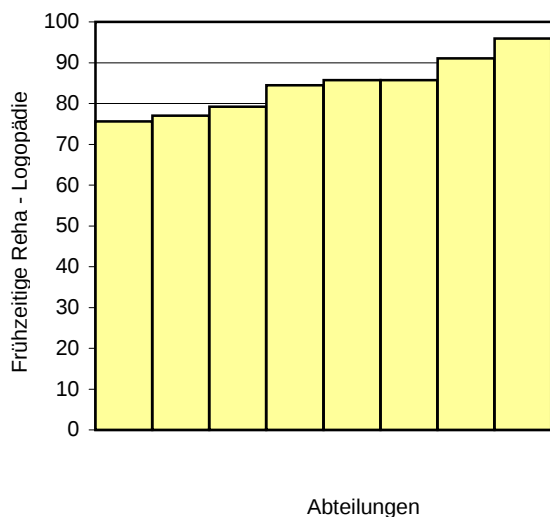
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83285]:

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: 75,6% - 95,9%

Median der Abteilungswerte: 85,1%

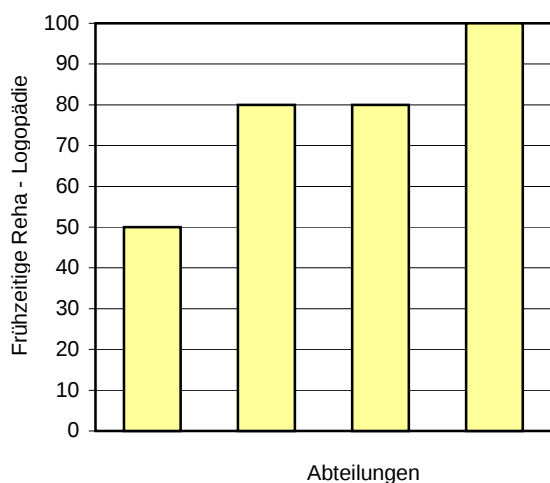


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 80,0%



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: 2011/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten-aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			876 / 907	96,6%
Vertrauensbereich				95,2% - 97,7%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten-aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			1.193 / 1.224	97,5%
Vertrauensbereich				96,4% - 98,3%

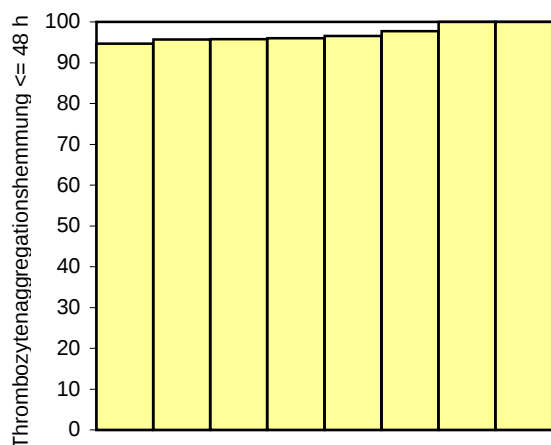
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83286]:

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: 94,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,2%



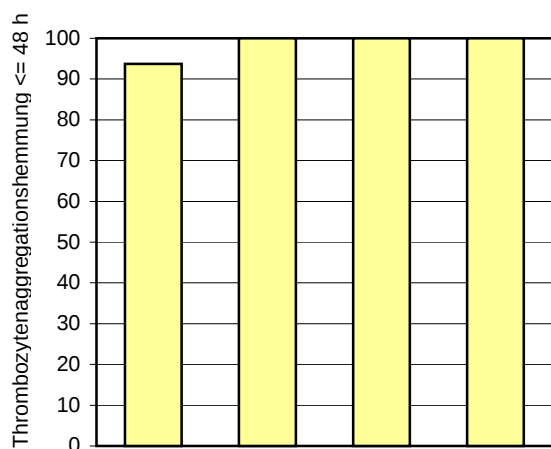
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 93,8% - 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 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 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.095 / 1.147	95,5%
Vertrauensbereich				94,1% - 96,6%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten- aggregationshemmern bei Entlassung			1.500 / 1.562	96,0%
Vertrauensbereich				94,9% - 96,9%

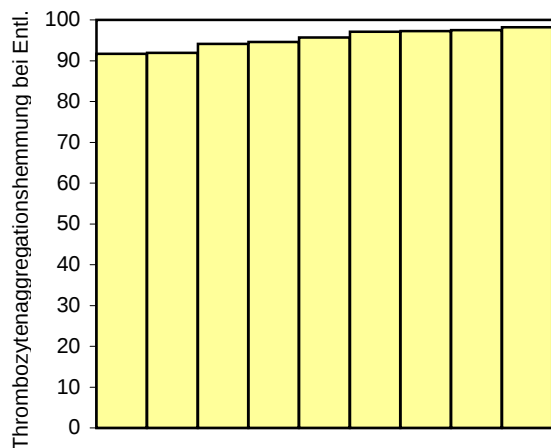
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83287]:

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: 91,7% - 98,2%

Median der Abteilungswerte: 95,7%



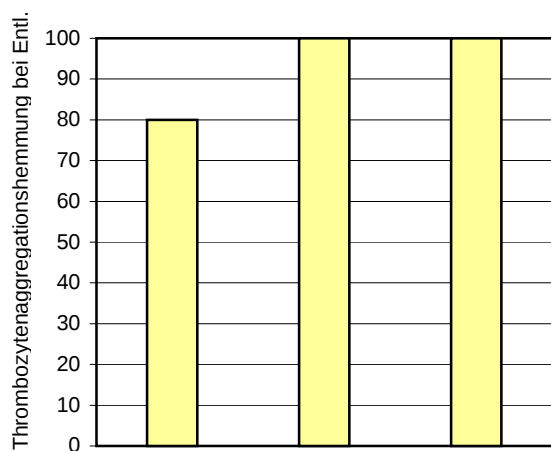
Abteilungen

9 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

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			157 / 218	72,0%
Vertrauensbereich				65,5% - 77,9%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			225 / 319	70,5%
Vertrauensbereich				65,2% - 75,5%

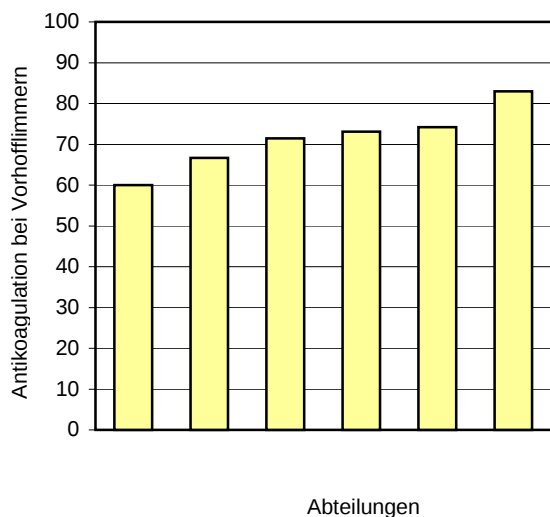
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83288]:

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: 60,0% - 83,0%

Median der Abteilungswerte: 72,3%

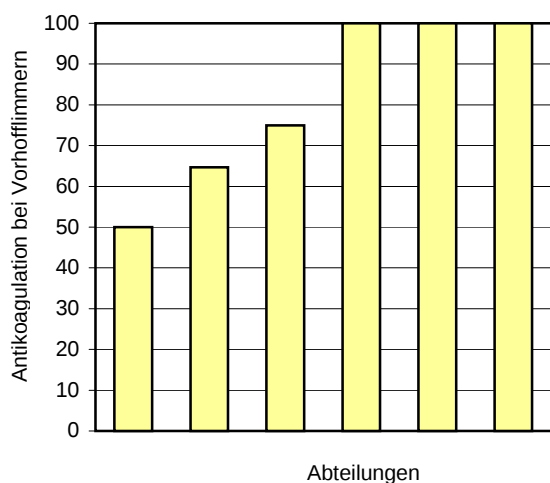


6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 87,5%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 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:	>= 70%

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			599 / 675	88,7%
Vertrauensbereich				86,1% - 91,0%
Referenzbereich		>= 70%		>= 70%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			851 / 965	88,2%
Vertrauensbereich				86,0% - 90,2%

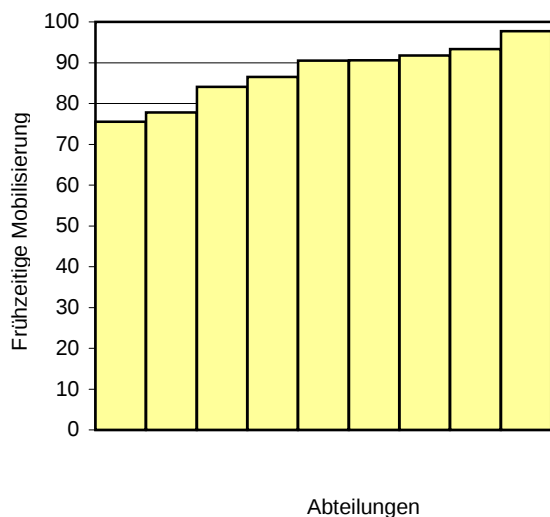
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83290]:

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: 75,6% - 97,7%

Median der Abteilungswerte: 90,5%

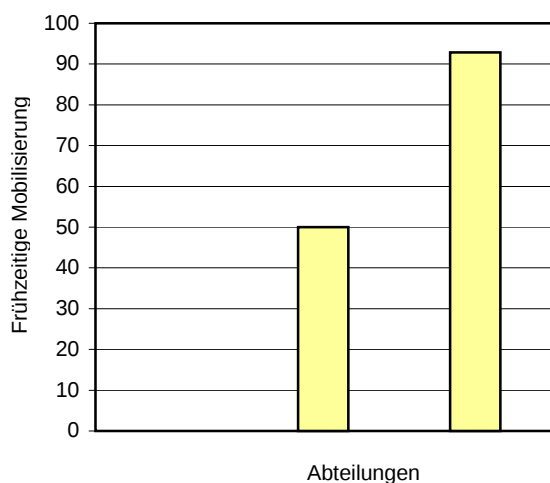


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 50,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83291

Referenzbereich: >= 95%

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.532 / 1.534	99,9%
Vertrauensbereich				99,5% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

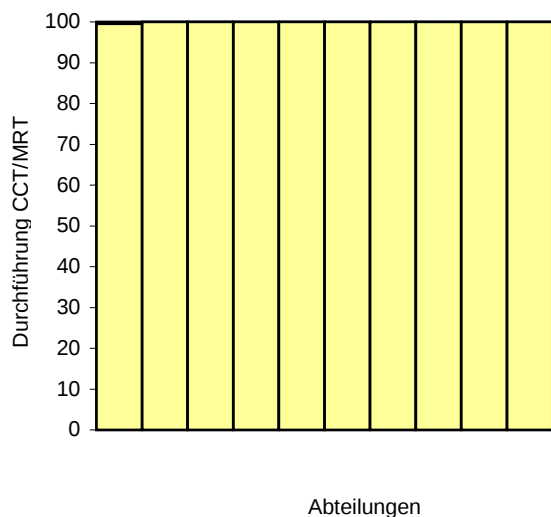
Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			2.079 / 2.083	99,8%
Vertrauensbereich				99,5% - 100,0%

**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: 99,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%

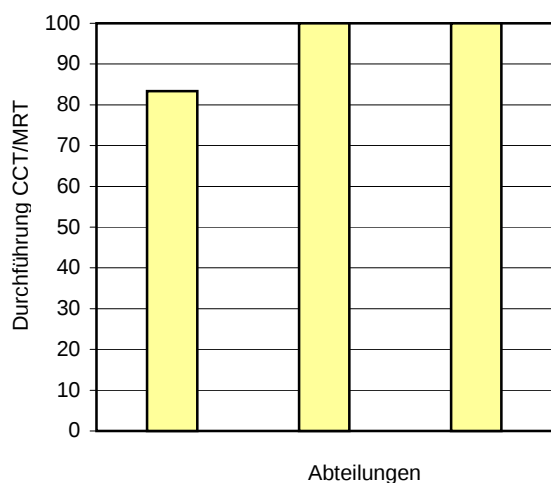


10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.394 / 1.441	96,7%
Vertrauensbereich				95,7% - 97,6%
Referenzbereich		$\geq 90\%$		$\geq 90\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.889 / 1.966	96,1%
Vertrauensbereich				95,1% - 96,9%

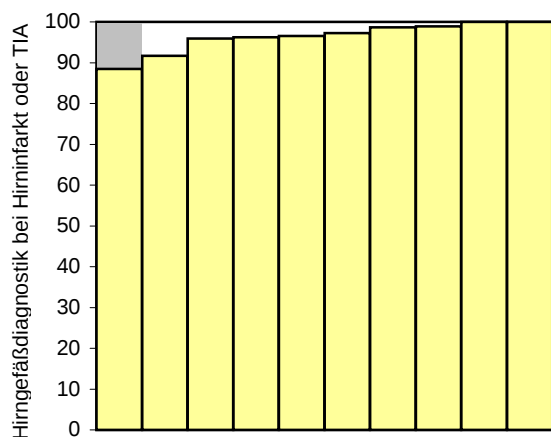
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83292]:

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: 88,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,9%



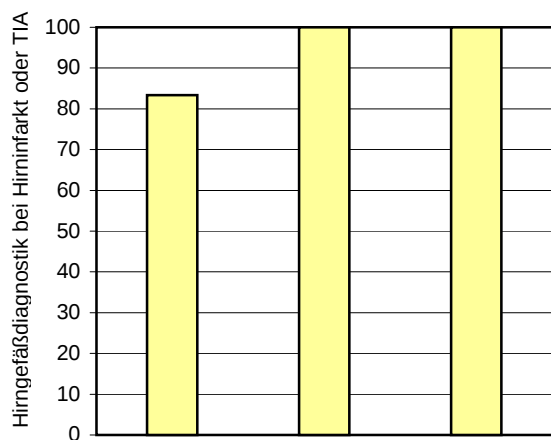
Abteilungen

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

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

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

Kennzahl-ID:
Gruppe 1: 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 II. 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 II. 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 / 480 0,0%	45 / 961 4,7%	17 / 93 18,3%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,8%	3,4% - 6,2%	11,0% - 27,7%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 25%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. 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 II. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 667 0,0% 0,0% - 0,6%	45 / 1.299 3,5% 2,5% - 4,6%	16 / 117 13,7% 8,0% - 21,3%

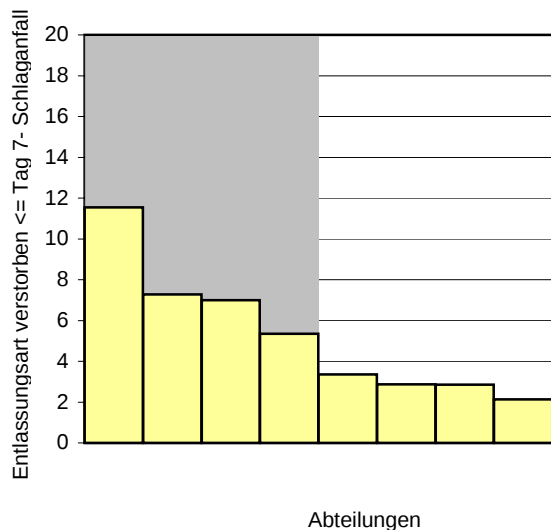
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83385]:

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: 2,1% - 11,5%

Median der Abteilungswerte: 4,3%

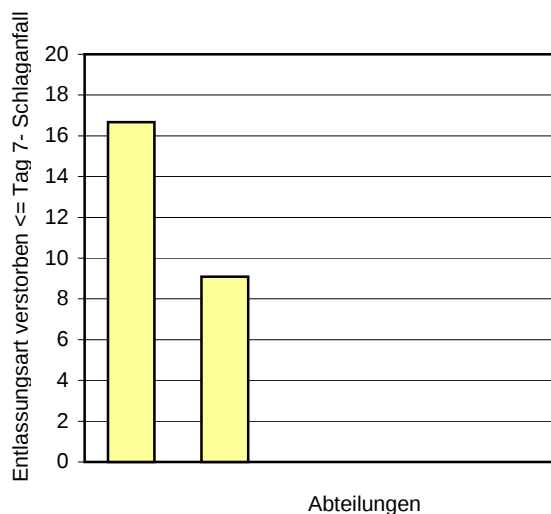


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

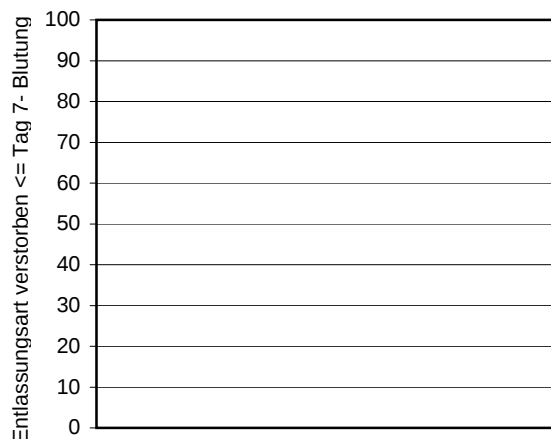
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Kennzahl-ID 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



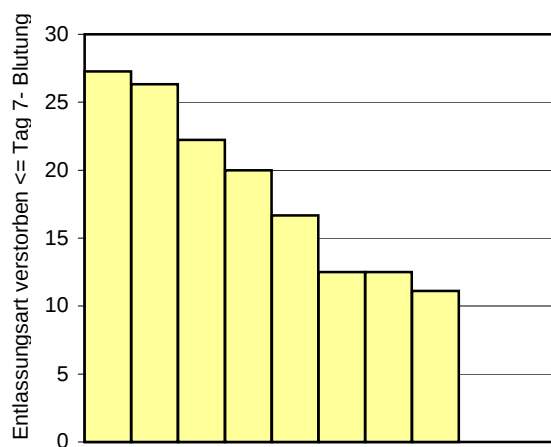
Abteilungen

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% - 27,3%

Median der Abteilungswerte: 14,6%



Abteilungen

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 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: $\geq 60\%$

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			701 / 868	80,8%
Vertrauensbereich				78,0% - 83,3%
Referenzbereich		$\geq 60\%$		$\geq 60\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			995 / 1.190	83,6%
Vertrauensbereich				81,4% - 85,7%

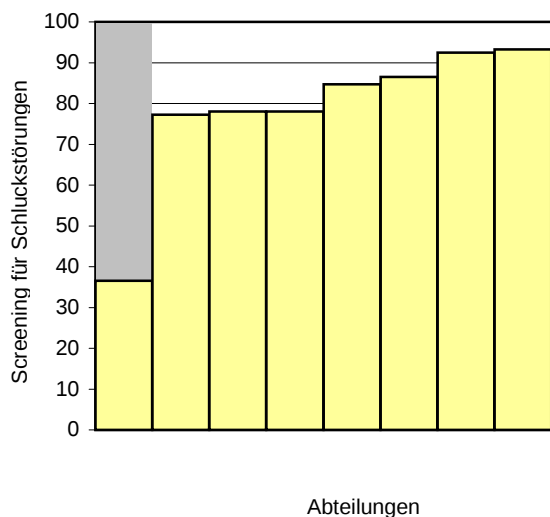
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83294]:

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: 36,6% - 93,3%

Median der Abteilungswerte: 81,4%

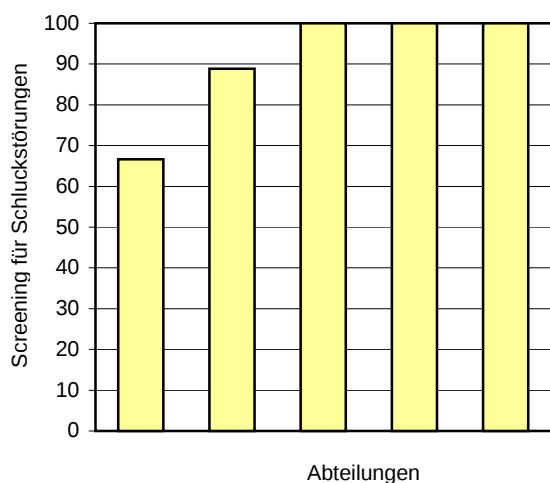


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



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: 2011/apo_hh/83295

Referenzbereich: >= 30%

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			118 / 1.534	7,7%
> 1 - <= 2 Stunden			201 / 1.534	13,1%
> 2 - <= 3 Stunden			163 / 1.534	10,6%
> 3 - <= 3,5 Stunden			48 / 1.534	3,1%
> 3,5 - <= 4 Stunden			73 / 1.534	4,8%
> 4 - <= 6 Stunden			178 / 1.534	11,6%
> 6 - <= 24 Stunden			318 / 1.534	20,7%
> 24 - <= 48 Stunden			125 / 1.534	8,1%
> 48 Stunden			161 / 1.534	10,5%
wake up stroke			57 / 1.534	3,7%
unbekannt			92 / 1.534	6,0%
<= 3 Stunden			482 / 1.534	31,4%
Vertrauensbereich				29,1% - 33,8%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			629 / 2.083	30,2%
Vertrauensbereich				28,2% - 32,2%

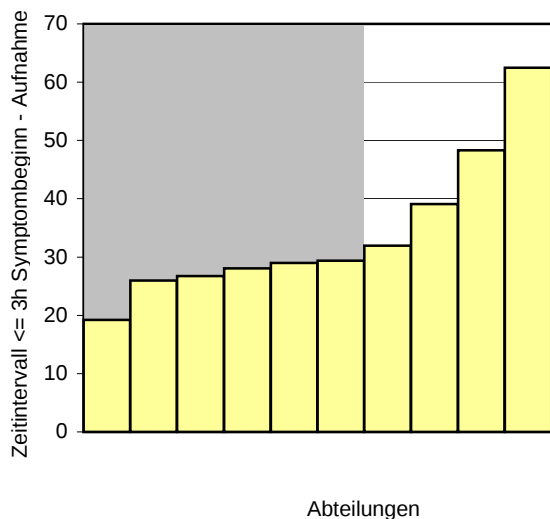
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83295]:

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: 19,2% - 62,5%

Median der Abteilungswerte: 29,2%

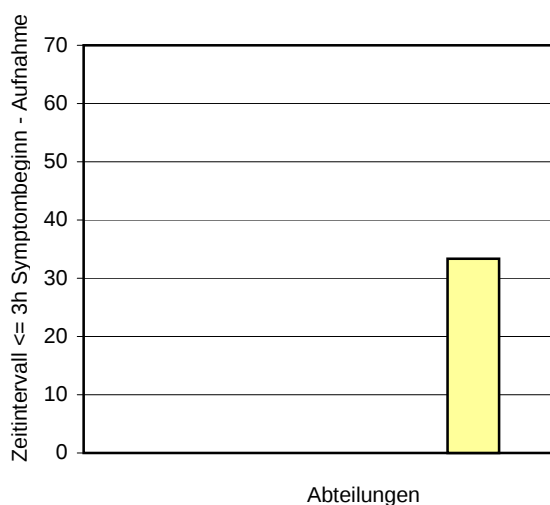


10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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 II. 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 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	180 / 282 63,8%	60 / 183 32,8%	203 / 355 57,2%	37 / 110 33,6%
<= 60 Minuten	254 / 282 90,1%	137 / 183 74,9%	302 / 355 85,1%	89 / 110 80,9%
Vertrauensbereich	86,0% - 93,3%	67,9% - 81,0%	80,9% - 88,6%	72,3% - 87,8%
Referenzbereich	>= 60%	>= 60%	>= 60%	>= 60%
> 30 - 60 Minuten	74 / 282 26,2%	77 / 183 42,1%	99 / 355 27,9%	52 / 110 47,3%
> 1 bis 3 Stunden	20 / 282 7,1%	39 / 183 21,3%	38 / 355 10,7%	21 / 110 19,1%
> 3 bis 6 Stunden	3 / 282 1,1%	3 / 183 1,6%	6 / 355 1,7%	0 / 110 0,0%
> 6 Stunden	4 / 282 1,4%	0 / 183 0,0%	4 / 355 1,1%	0 / 110 0,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme	1 / 282 0,4%	4 / 183 2,2%	5 / 355 1,4%	0 / 110 0,0%
keine Bildgebung erfolgt	0 / 282 0,0%	0 / 183 0,0%	0 / 355 0,0%	0 / 110 0,0%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2010 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 60 Minuten	331 / 372 89,0%	201 / 242 83,1%	401 / 457 87,7%	131 / 157 83,4%
Vertrauensbereich	85,3% - 92,0%	77,7% - 87,6%	84,4% - 90,6%	76,7% - 88,9%

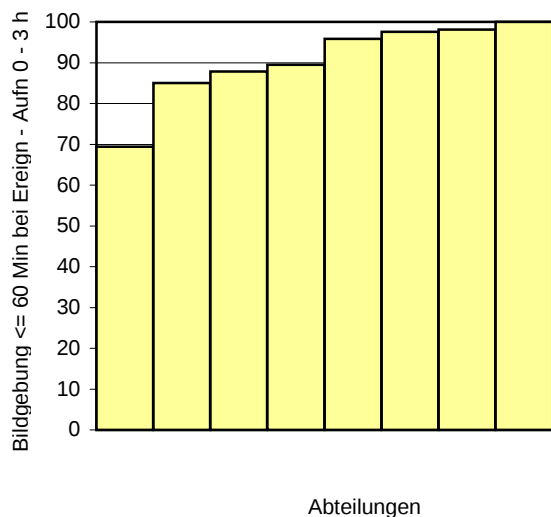
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83303]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung $\leq$ 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: 69,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 92,7%

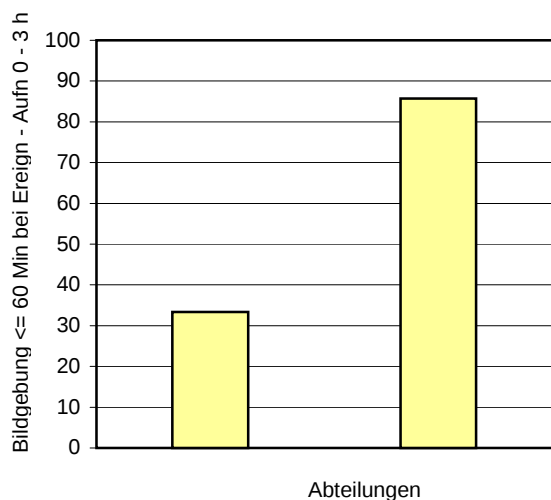


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 33,3% - 85,7%

Median der Abteilungswerte: 59,5%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

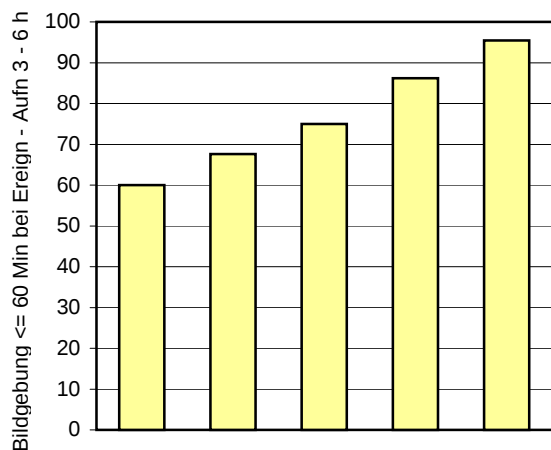
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83307]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung $\leq$ 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: 60,0% - 95,5%

Median der Abteilungswerte: 75,0%



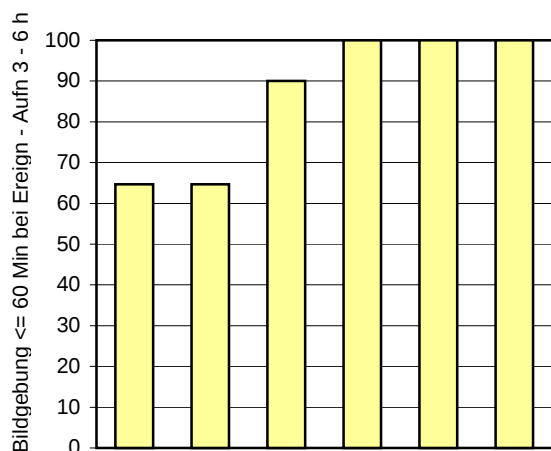
Abteilungen

5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 64,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,0%



Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

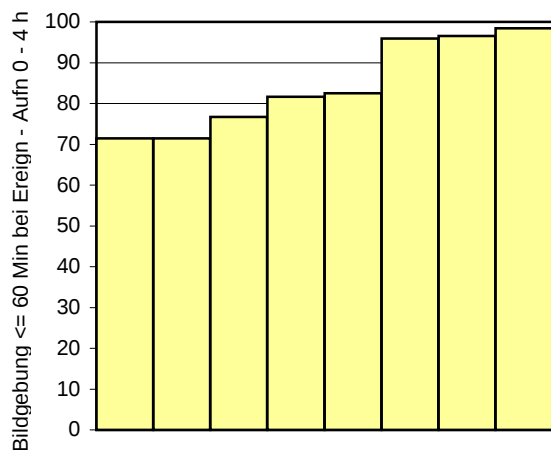
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103491]:

Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme bis 1. Bildgebung $\leq$ 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: 71,4% - 98,4%

Median der Abteilungswerte: 82,1%



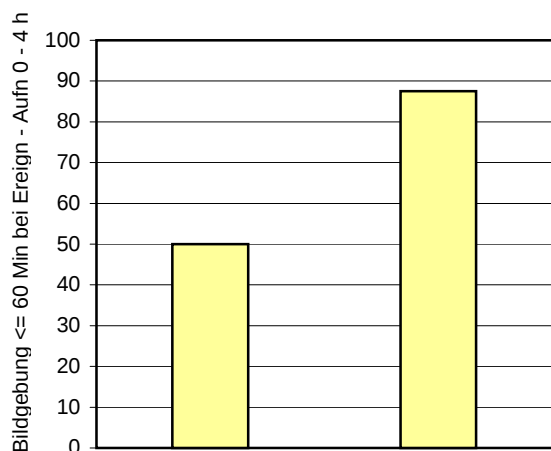
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 68,8%



Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

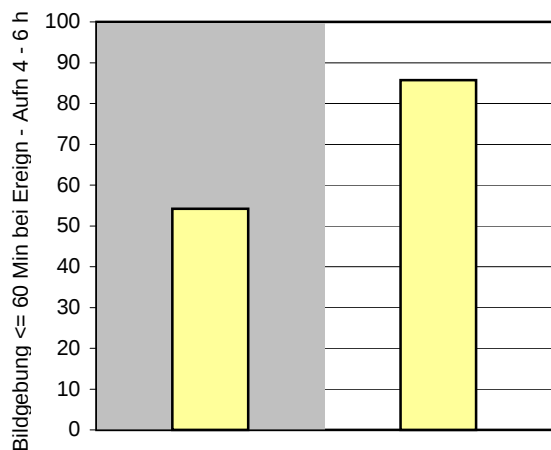
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103499]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 54,2% - 85,7%

Median der Abteilungswerte: 69,9%



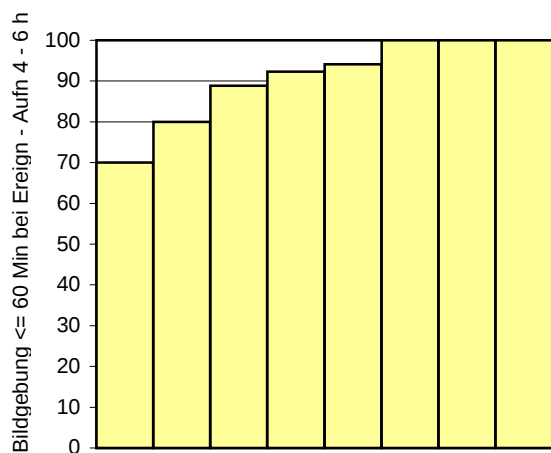
Abteilungen

2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 70,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 93,2%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyse

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 3 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 3:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 4 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
	Gruppe 4:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme $> 4 - 6$ Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	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 II. 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 II. Qu.				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	73 / 126	10 / 68	77 / 151	6 / 43
Vertrauensbereich	57,9%	14,7%	51,0%	14,0%
Referenzbereich	48,8% - 66,7%	7,2% - 25,5%	42,7% - 59,2%	5,2% - 28,1%
	$\geq 30\%$	$\geq 4\%$	$\geq 25\%$	$\geq 4\%$

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	117 / 190 61,6% 54,3% - 68,5%	13 / 99 13,1% 7,2% - 21,5%	125 / 226 55,3% 48,6% - 61,9%	5 / 63 7,9% 2,6% - 17,7%

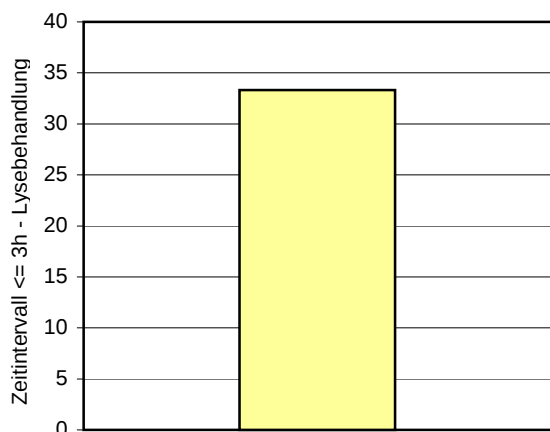
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83311]:

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: 33,3% - 33,3%

Median der Abteilungswerte: 33,3%



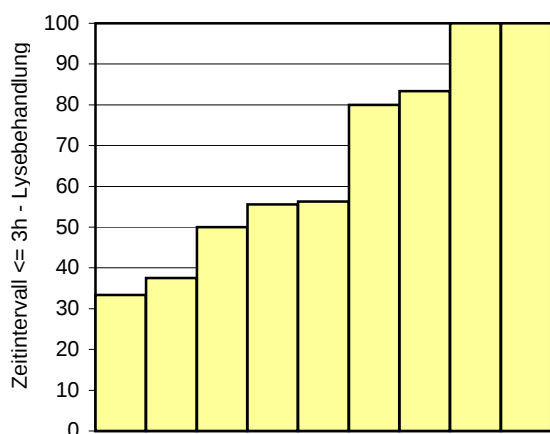
Abteilungen

1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 56,3%



Abteilungen

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

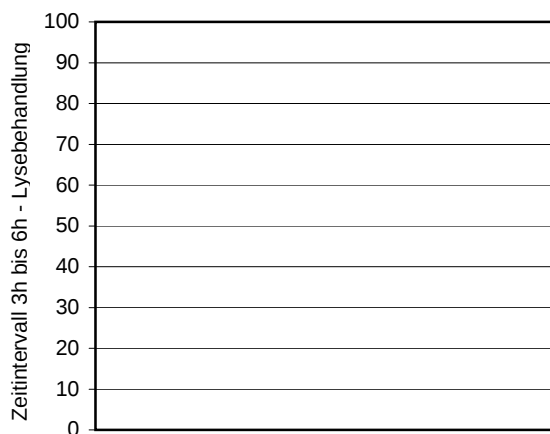
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83312]:

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



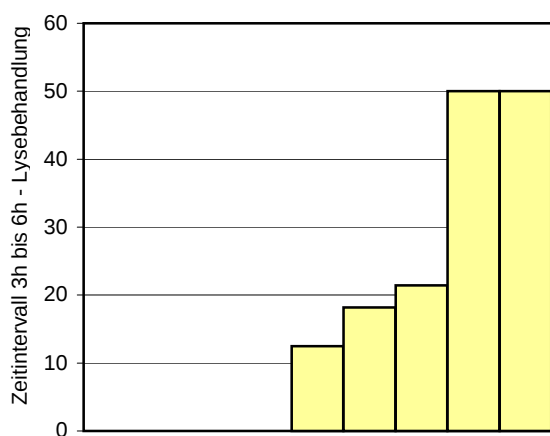
Abteilungen

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% - 50,0%

Median der Abteilungswerte: 12,5%



Abteilungen

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

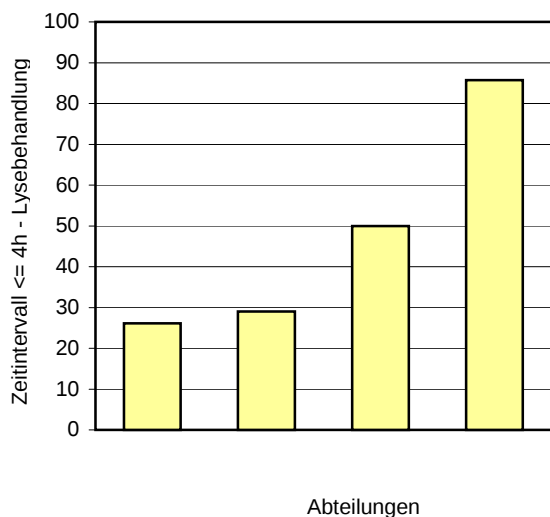
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103506]:

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: 26,1% - 85,7%

Median der Abteilungswerte: 39,5%

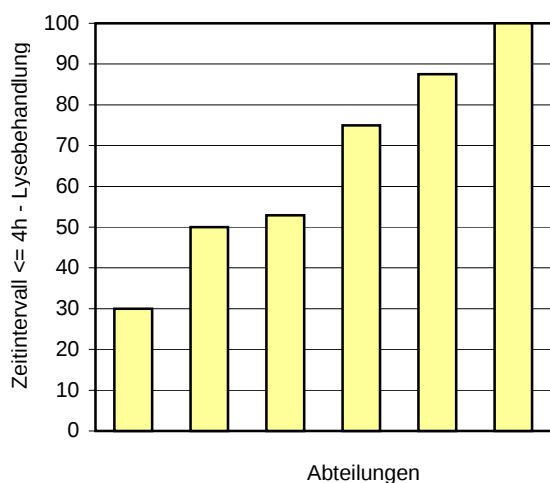


4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 30,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 64,0%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

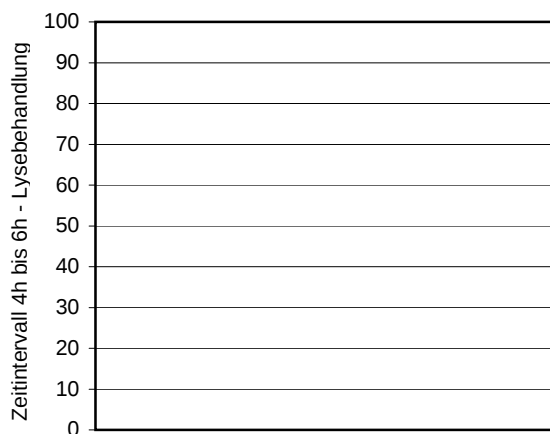
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103507]:

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



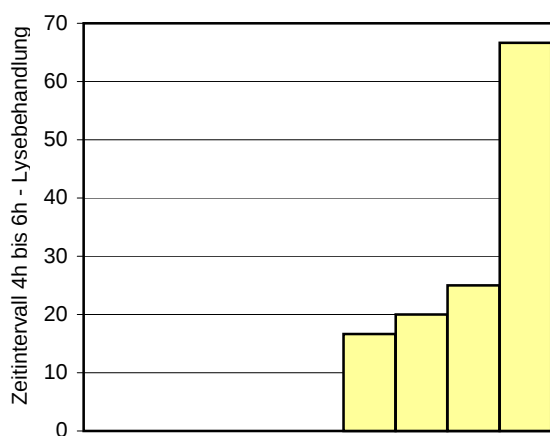
Abteilungen

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% - 66,7%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

	Gesamt 2011 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	20 / 85 23,5%	2 / 11 18,2%	21 / 89 23,6%	1 / 7 14,3%
<= 60 Minuten	74 / 85 87,1%	9 / 11 81,8%	77 / 89 86,5%	6 / 7 85,7%
Vertrauensbereich	78,0% - 93,4%	48,2% - 97,8%	77,6% - 92,9%	42,1% - 99,7%
Referenzbereich	>= 70%	>= 60%	>= 70%	>= 60%
> 30 - 60 Minuten	54 / 85 63,5%	7 / 11 63,6%	56 / 89 62,9%	5 / 7 71,4%
> 1 - 2 Stunden	10 / 85 11,8%	2 / 11 18,2%	11 / 89 12,4%	1 / 7 14,3%
> 2 - 3 Stunden	0 / 85 0,0%	0 / 11 0,0%	0 / 89 0,0%	0 / 7 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 85 0,0%	0 / 11 0,0%	0 / 89 0,0%	0 / 7 0,0%
> 4 - 6 Stunden	1 / 85 1,2%	0 / 11 0,0%	1 / 89 1,1%	0 / 7 0,0%
> 6 Stunden	0 / 85 0,0%	0 / 11 0,0%	0 / 89 0,0%	0 / 7 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 85 0,0%	0 / 11 0,0%	0 / 89 0,0%	0 / 7 0,0%

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 60 Minuten	111 / 131 84,7%	7 / 13 53,8%	115 / 140 82,1%	3 / 4 75,0%
Vertrauensbereich	77,4% - 90,4%	25,1% - 80,8%	74,8% - 88,1%	19,4% - 99,4%

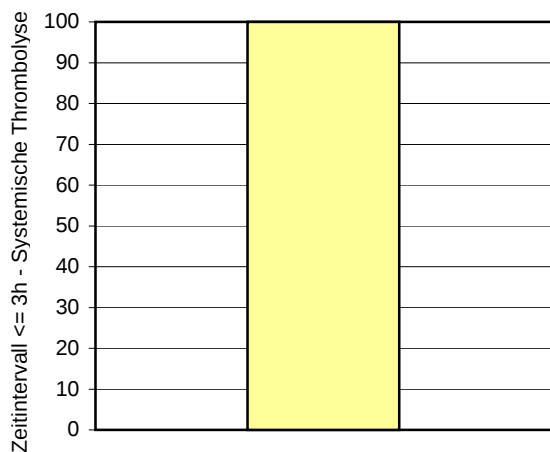
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83313]:

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: 100,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



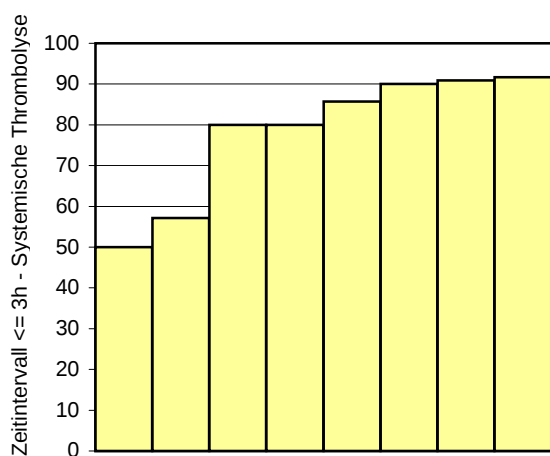
Abteilungen

1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 50,0% - 91,7%

Median der Abteilungswerte: 82,9%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

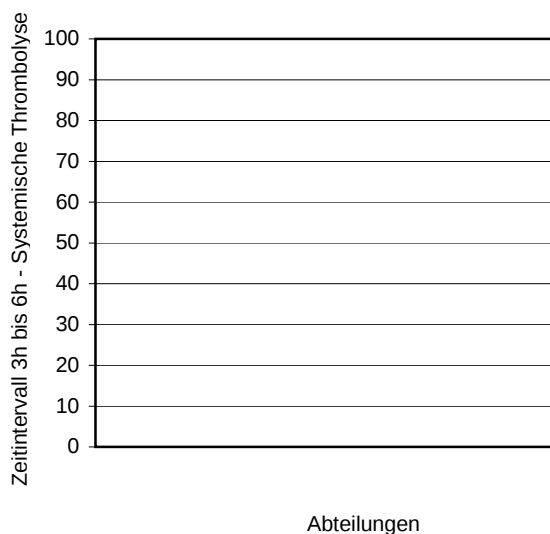
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83320]:

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

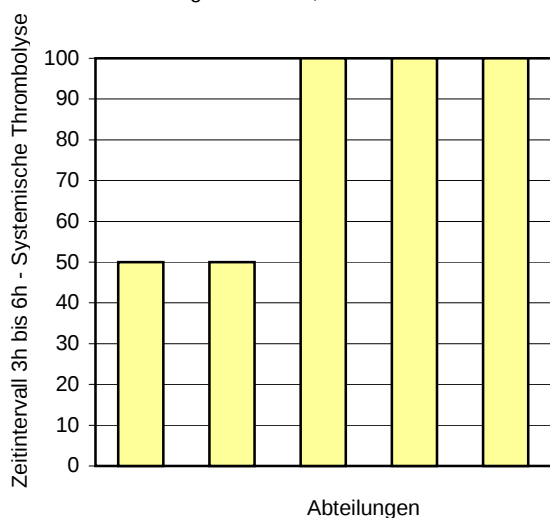


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

10 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

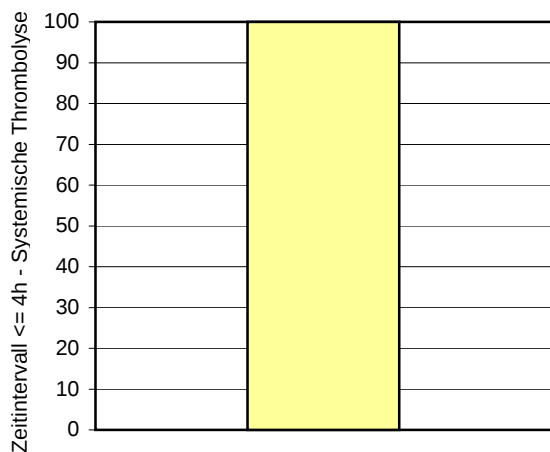
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103509]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



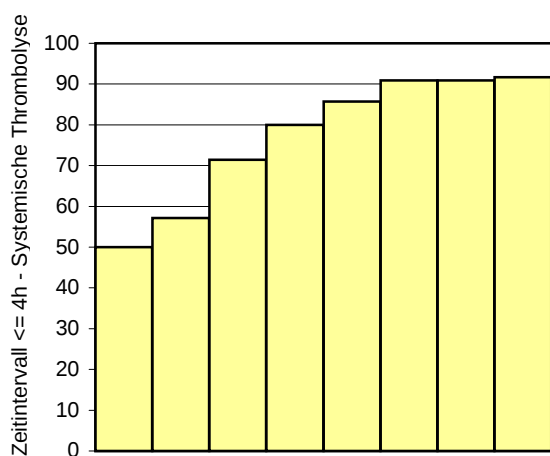
Abteilungen

1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 50,0% - 91,7%

Median der Abteilungswerte: 82,9%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

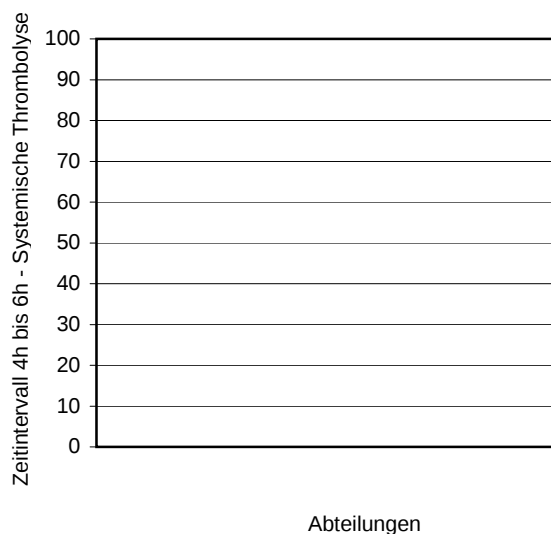
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103518]:

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

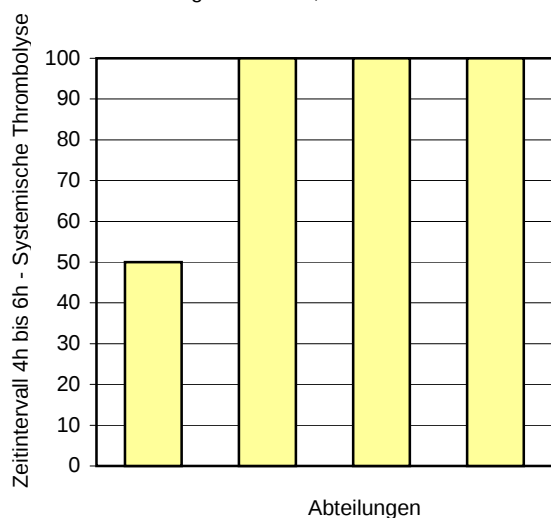


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

11 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 II. Qu.	Gesamt 2011 II. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		797 / 1.534 52,0%
Vertrauensbereich		49,4% - 54,5%
Referenzbereich	>= 30%	>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010 II. Qu.	Gesamt 2010 II. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		1.084 / 2.083 52,0%
Vertrauensbereich		49,9% - 54,2%

Abteilung 2011 II. 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 II. 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	258 16,8%	129 8,4%	98 6,4%	34 2,2%	20 1,3%	5 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	8 0,5%	78 5,1%	122 8,0%	65 4,2%	22 1,4%	7 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	0 0,0%	10 0,7%	73 4,8%	107 7,0%	36 2,3%	12 0,8%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	2 0,1%	8 0,5%	56 3,7%	73 4,8%	20 1,3%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	2 0,1%	3 0,2%	5 0,3%	48 3,1%	47 3,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	2 0,1%	2 0,1%	1 0,1%	13 0,8%	84 5,5%
6 Tod	0 0,0%	3 0,2%	0 0,0%	5 0,3%	7 0,5%	66 4,3%
	Rankin bei Entlassung					

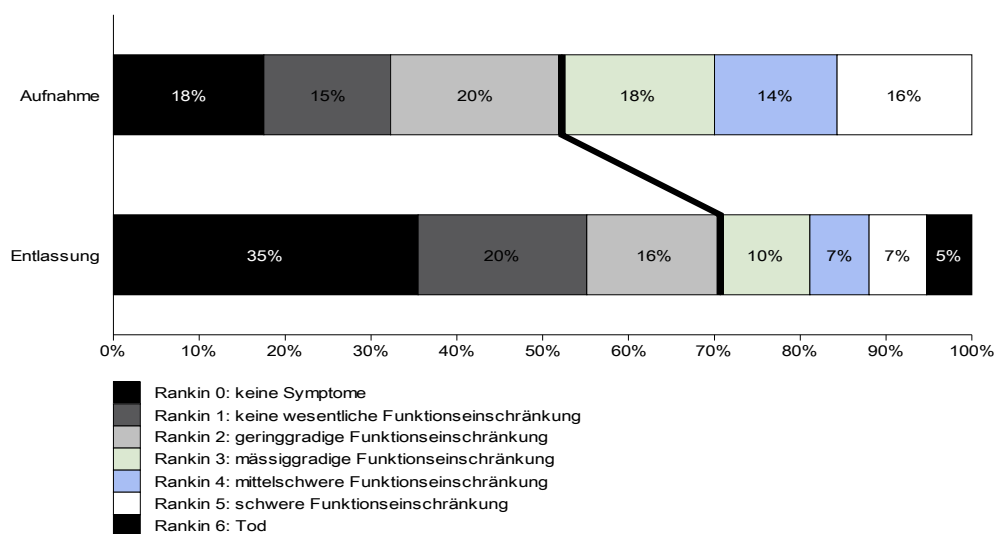
Vorjahresdaten
Abteilung 2010 II. Qu.

	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 II. 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	252 12,1%	169 8,1%	129 6,2%	52 2,5%	21 1,0%	6 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	26 1,2%	102 4,9%	161 7,7%	103 4,9%	25 1,2%	9 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,2%	17 0,8%	126 6,0%	170 8,2%	50 2,4%	10 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,0%	3 0,1%	21 1,0%	93 4,5%	98 4,7%	17 0,8%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,1%	4 0,2%	7 0,3%	20 1,0%	66 3,2%	64 3,1%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	5 0,2%	6 0,3%	21 1,0%	118 5,7%
6 Tod	0 0,0%	1 0,0%	2 0,1%	8 0,4%	18 0,9%	75 3,6%
	Rankin bei Entlassung					

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



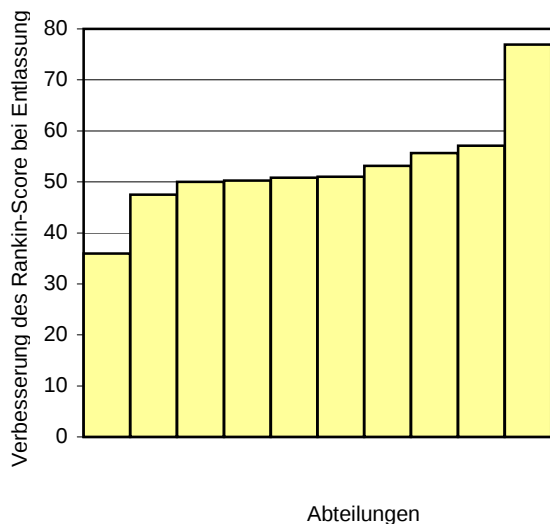
Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

**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: 36,0% - 76,9%

Median der Abteilungswerte: 50,9%

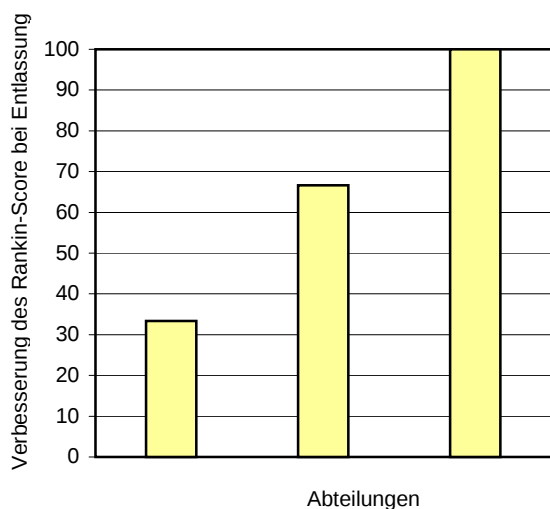


10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 66,7%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			1.889	100,0	2.608	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.889		2.608	

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

Patienten

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.534		2.083	
Median			74,0		75,0	
Geschlecht						
männlich			771	50,3	1.008	48,4
weiblich			763	49,7	1.075	51,6

Aufnahme

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.198	78,1	1.591	76,4
Sonnabend oder Sonntag			336	21,9	492	23,6
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein, Fuß			752	49,0	1.061	50,9
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			771	50,3	1.006	48,3
Sprachstörung			351	22,9	497	23,9
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			1.151	75,0	1.538	73,8
Sprechstörung			447	29,1	694	33,3
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			1.031	67,2	1.337	64,2
Schluckstörung			265	17,3	381	18,3
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			1.199	78,2	1.641	78,8
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.404	91,5	1.912	91,8
somnolent-stuporös			105	6,8	134	6,4
komatös			25	1,6	37	1,8
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			118	7,7	149	7,2
> 1 - <= 2 Stunden			201	13,1	255	12,2
> 2 - <= 3 Stunden			163	10,6	225	10,8
> 3 - <= 3,5 Stunden			48	3,1	72	3,5
> 3,5 - <= 4 Stunden			73	4,8	68	3,3
> 4 - <= 6 Stunden			178	11,6	233	11,2
> 6 - <= 24 Stunden			318	20,7	472	22,7
> 24 - <= 48 Stunden			125	8,1	163	7,8
> 48 Stunden			161	10,5	219	10,5
unbekannt			92	6,0	144	6,9
wake up stroke			57	3,7	83	4,0

Diagnostik

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.439	93,8	1.961	94,1
Bildgebung-MRT nach Ereignis			944	61,5	1.179	56,6
Frische Läsion in der Bildgebung			864	56,3	1.155	55,4
Schlucktest nach Protokoll			1.138	74,2	1.650	79,2
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			206	13,4	197	9,5
>= 1 - 24 Stunden			349	22,8	531	25,5
> 24 Stunden			979	63,8	1.355	65,1
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.449	94,5	1.946	93,4
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.425	92,9	1.908	91,6
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			322	21,0	470	22,6
früherer Schlaganfall			381	24,8	540	25,9
Vorhofflimmern			387	25,2	529	25,4
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.324		1.783	
Pneumonie			93		138	
erhöhter Hirndruck			47		49	
andere Komplikationen			113		174	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2011¹

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			961	62,6	1.299	62,4
TIA			480	31,3	667	32,0
ICB			93	6,1	117	5,6
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			245	16,0	364	17,5
gelegentlicher Verlust			164	10,7	256	12,3
kontinent			1.125	73,3	1.463	70,2
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			288	18,8	385	18,5
grosse Unterstützung			173	11,3	241	11,6
geringe Unterstützung			214	14,0	341	16,4
vollständig selbstständig			859	56,0	1.116	53,6
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			339	22,1	443	21,3
grosse Unterstützung			185	12,1	289	13,9
geringe Unterstützung			266	17,3	439	21,1
vollständig selbstständig			744	48,5	912	43,8
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			148	9,6	262	12,6
gelegentlicher Verlust			132	8,6	232	11,1
kontinent			1.173	76,5	1.485	71,3
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			125	8,1	179	8,6
grosse Unterstützung			92	6,0	149	7,2
geringe Unterstützung			135	8,8	213	10,2
vollständig selbstständig			1.101	71,8	1.438	69,0
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			155	10,1	236	11,3
grosse Unterstützung			108	7,0	172	8,3
geringe Unterstützung			210	13,7	294	14,1
vollständig selbstständig			980	63,9	1.277	61,3

Rankin Skala

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			269	17,5	286	13,7
Rankin 1			226	14,7	296	14,2
Rankin 2			306	19,9	451	21,7
Rankin 3			273	17,8	452	21,7
Rankin 4			219	14,3	299	14,4
Rankin 5			241	15,7	299	14,4
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			544	35,5	629	30,2
Rankin 1			302	19,7	426	20,5
Rankin 2			238	15,5	378	18,1
Rankin 3			160	10,4	233	11,2
Rankin 4			106	6,9	163	7,8
Rankin 5			103	6,7	150	7,2
Tod			81	5,3	104	5,0

Rehabilitation

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			859	56,0	1.234	59,2
> Tag 2 nach Aufnahme			30	2,0	30	1,4
keine			645	42,0	819	39,3
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.363	88,9	1.875	90,0
> Tag 2 nach Aufnahme			39	2,5	62	3,0
keine			132	8,6	146	7,0
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.198	78,1	1.655	79,5
> Tag 2 nach Aufnahme			47	3,1	52	2,5
keine			289	18,8	376	18,1

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			299	19,5	412	19,8
Beatmung			36	2,3	62	3,0
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.256	81,9	1.730	83,1
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.188	77,4	1.619	77,7
Thromboseprophylaxe			1.458	95,0	1.959	94,0

Entlassung

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			1.507	98,2	2.058	98,8
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.134	73,9	1.663	79,8
Entlassungsart						
verstorben			81	5,3	104	5,0
nach Hause			915	59,6	1.147	55,1
Pflegeeinrichtung/Heim			96	6,3	143	6,9
andere Abteilung			55	3,6	98	4,7
externe (Akut)Klinik			26	1,7	39	1,9
Reha-Klinik			361	23,5	552	26,5
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.534	100,0	2.083	100,0
Mittelwert				8,1		9,2
Median				7,0		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			106	6,9	157	7,5
Lyse i.a.			9	0,6	14	0,7
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			25	1,6	39	1,9
> 30 - <= 60 Minuten			67	4,4	94	4,5
> 1 - <= 2 Stunden			14	0,9	24	1,2
> 2 - <= 3 Stunden			2	0,1	5	0,2
> 3 - <= 4 Stunden			0	0,0	3	0,1
> 4 - <= 6 Stunden			2	0,1	1	0,0
> 6 Stunden			0	0,0	0	0,0
keine Lyse durchgeführt			1.424	92,8	1.917	92,0
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			482	31,4	670	32,2
> 30 - <= 60 Minuten			623	40,6	938	45,0
> 1 - <= 3 Stunden			309	20,1	332	15,9
> 3 - <= 6 Stunden			42	2,7	64	3,1
> 6 Stunden			23	1,5	28	1,3
1. Bildgebung vor Aufnahme			53	3,5	47	2,3
keine Bildgebung erfolgt			2	0,1	4	0,2
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			850	55,4	1.054	50,6
3 - 8 (mittel)			411	26,8	658	31,6
9 - 20 (schwerwiegend)			201	13,1	283	13,6
> 20 (sehr schwerwiegend)			53	3,5	63	3,0
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2011 II. Qu.		Gesamt 2011 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			911	59,4	1.318	63,3
Hypercholesterinämie			600	39,1	812	39,0
keine Angabe			414	27,0	500	24,0
Sekundärprophylaxe						
Statine			802	52,3	1.023	49,1
Antihypertensiva			893	58,2	1.297	62,3
Antidiabetika			182	11,9	293	14,1
keine Angabe			421	27,4	523	25,1
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			904	58,9	1.258	60,4
Pflege zu Hause			100	6,5	164	7,9
Pflege in Institution			97	6,3	142	6,8
keine Angabe			433	28,2	519	24,9

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhauseergebnisse (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 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.

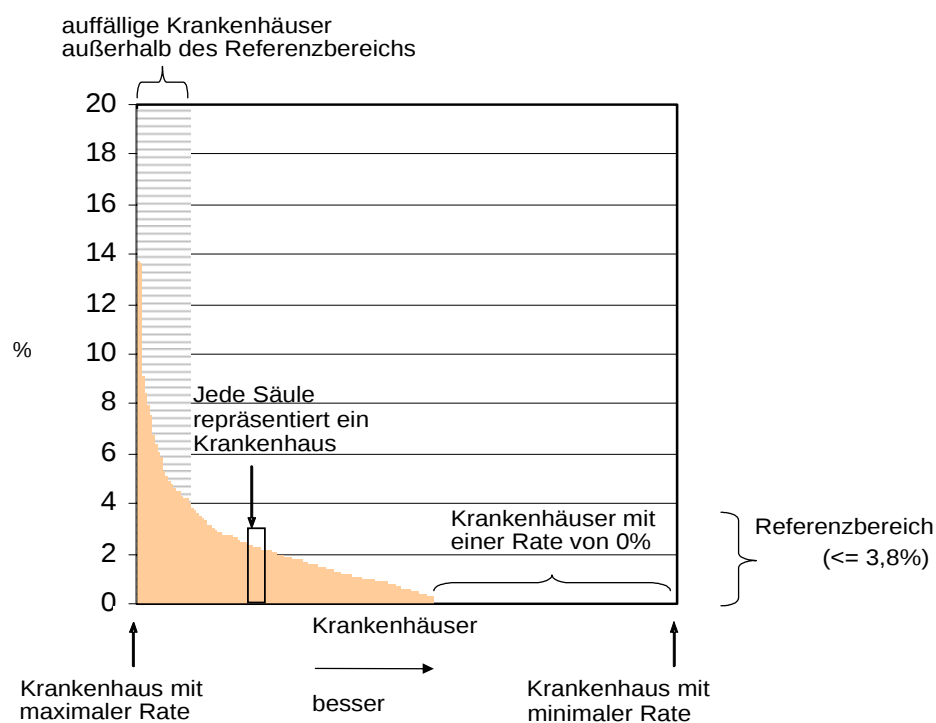
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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