

Jahresauswertung 2011 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.270
Datensatzversion: apo_hh 2011 2.0
Datenbankstand: 01. Februar 2012
2011 - D11223-L74502-P35180

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstr. 309
D-20537 Hamburg

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

Grundgesamtheit

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die in 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)			81,0%	>= 45%	1.1
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			90,8%	>= 75%	1.3
QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			88,2%	>= 65%	1.5
QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			96,4%	>= 90%	1.7
QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			94,7%	>= 90%	1.9
QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			71,3%	>= 55%	1.11
QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			87,4%	>= 70%	1.13
QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			99,8%	>= 95%	1.15

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirnfarkt und TIA			96,8%	>= 90%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
bei Patienten mit TIA			0,1%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			3,7%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			16,0%	<= 25%	1.19
QI 11: Screening für Schluckstörungen			83,5%	>= 60%	1.24
QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptom- beginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			30,8%	>= 30%	1.26
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			87,9%	>= 60%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			80,5%	>= 60%	1.28
0 bis 4 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			85,9%	>= 60%	1.28
> 4 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			82,3%	>= 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			61,0%	>= 30%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			17,4%	>= 4%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 4 h, NIHSS >= 4 und <= 25			55,4%	>= 25%	1.35
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 4 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			11,3%	>= 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			86,9%	>= 70%	1.41
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h			80,3%	>= 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			80,0%	>= 60%	1.41
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung					
			49,8%	>= 30%	1.48

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 45%

	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			6.339 / 7.830	81,0%
Vertrauensbereich				80,1% - 81,8%
Referenzbereich		>= 45%		>= 45%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			6.235 / 7.619	81,8%
Vertrauensbereich				81,0% - 82,7%

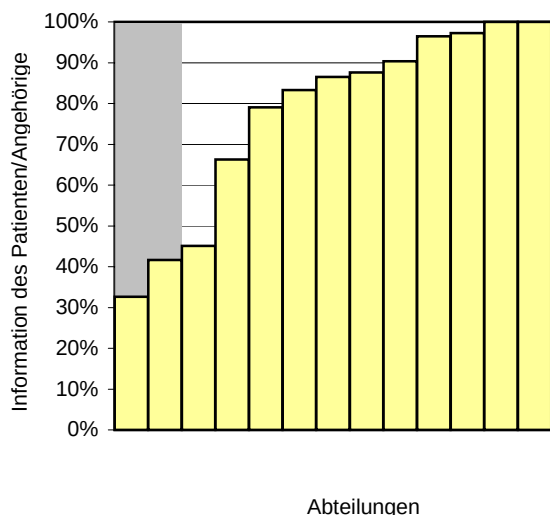
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83254]:

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: 32,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 86,5%

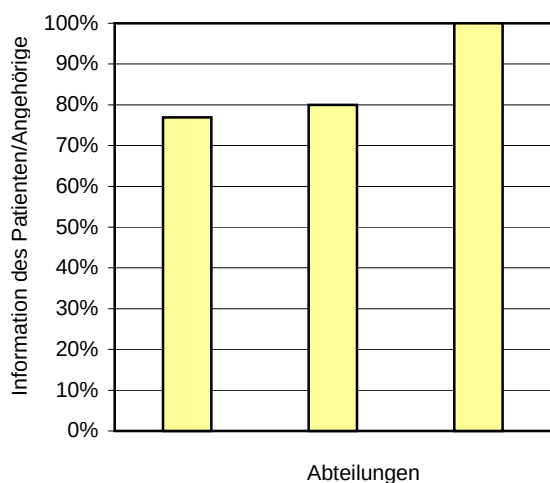


13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 80,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 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		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich		 $\geq 75\%$	2.560 / 2.818 89,7% - 91,9% $\geq 75\%$	90,8%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			2.601 / 2.881 89,1% - 91,3%	90,3%

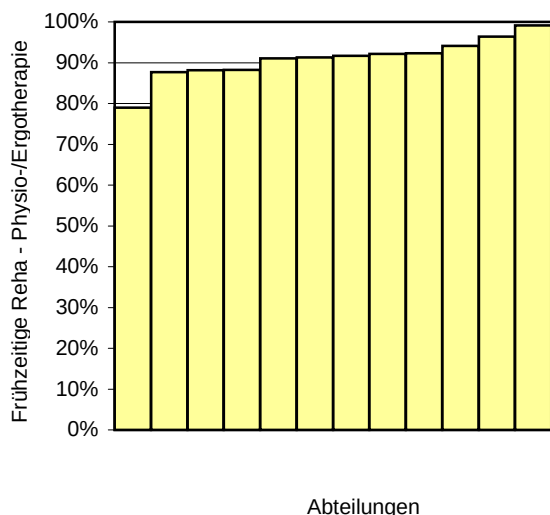
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83284]:

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: 78,9% - 99,2%

Median der Abteilungswerte: 91,5%

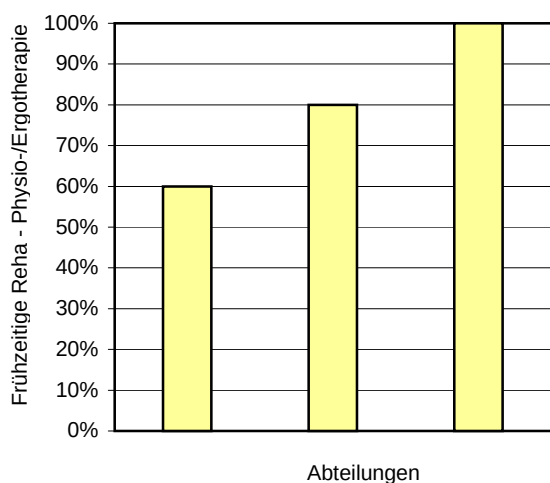


12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 80,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Frühzeitige Rehabilitation-Logopädie

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 65%

	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			2.700 / 3.061	88,2%
Vertrauensbereich				87,0% - 89,3%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			2.664 / 3.054	87,2%
Vertrauensbereich				86,0% - 88,4%

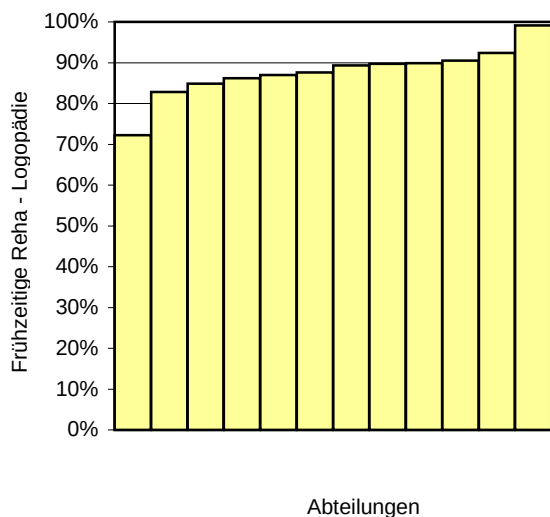
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83285]:

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: 72,2% - 99,1%

Median der Abteilungswerte: 88,5%

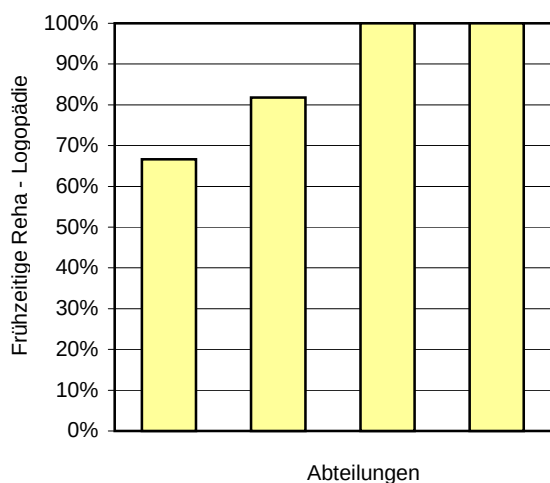


12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 90,9%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 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		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten-aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			4.663 / 4.837	96,4%
Vertrauensbereich				95,8% - 96,9%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozyten-aggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			4.481 / 4.620	97,0%
Vertrauensbereich				96,5% - 97,5%

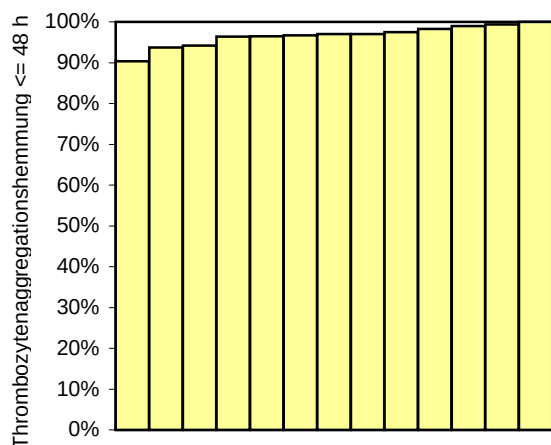
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83286]:

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: 90,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,0%



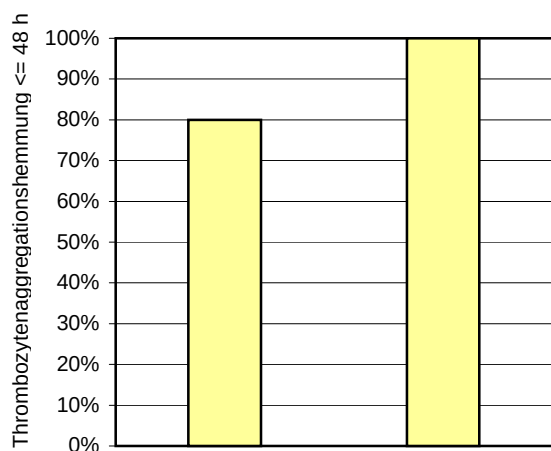
Abteilungen

13 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: 90,0%



Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.824 / 6.151	94,7%
Vertrauensbereich				94,1% - 95,2%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.715 / 5.979	95,6%
Vertrauensbereich				95,0% - 96,1%

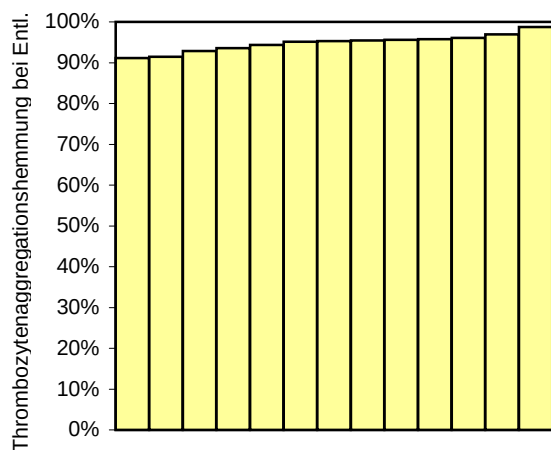
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83287]:

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: 91,1% - 98,8%

Median der Abteilungswerte: 95,3%



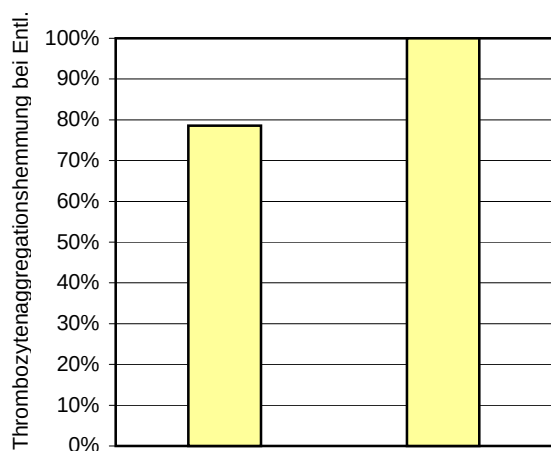
Abteilungen

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 78,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 89,3%



Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 55%

	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			838 / 1.175	71,3%
Vertrauensbereich				68,6% - 73,9%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			833 / 1.175	70,9%
Vertrauensbereich				68,2% - 73,5%

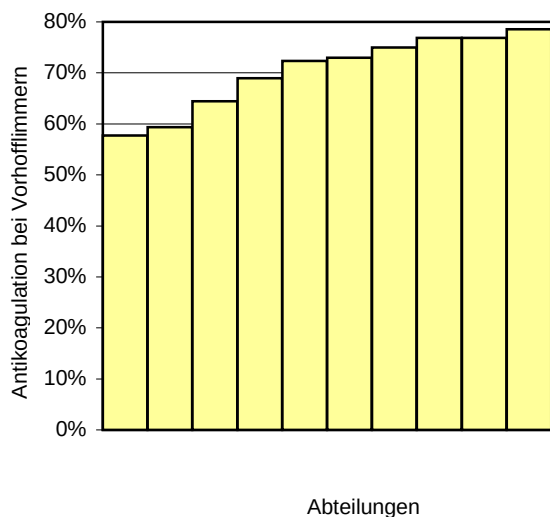
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83288]:

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: 57,7% - 78,6%

Median der Abteilungswerte: 72,7%

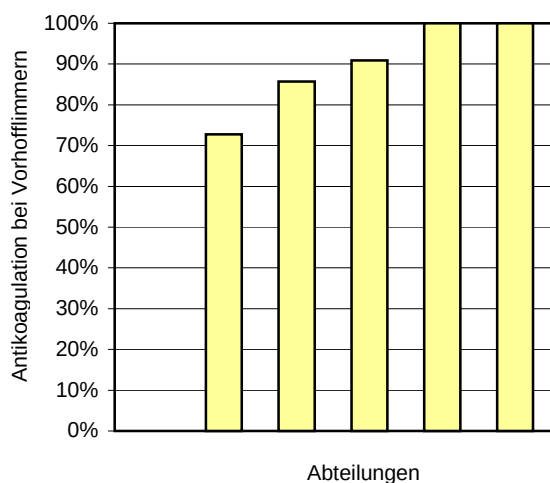


10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 88,3%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 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		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.266 / 3.738	87,4%
Vertrauensbereich				86,3% - 88,4%
Referenzbereich		>= 70%		>= 70%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.240 / 3.767	86,0%
Vertrauensbereich				84,9% - 87,1%

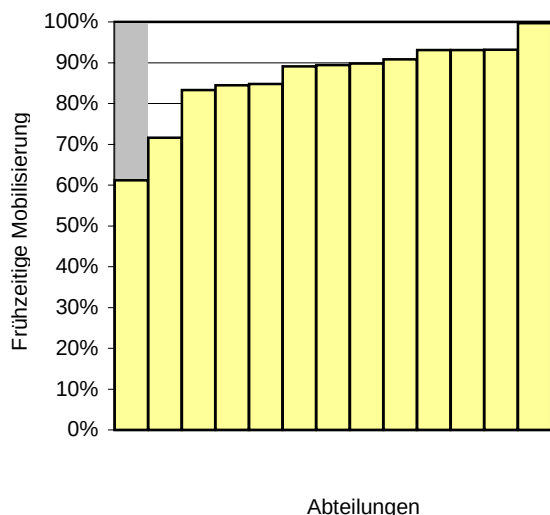
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83290]:

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: 61,1% - 99,7%

Median der Abteilungswerte: 89,4%

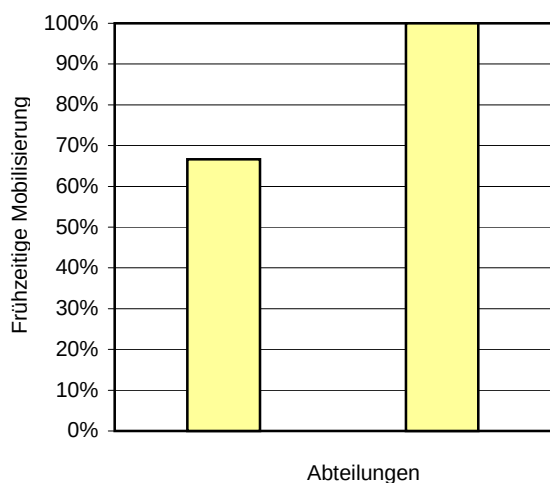


13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 83,3%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83291

Referenzbereich: >= 95%

	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			8.237 / 8.257	99,8%
Vertrauensbereich				99,6% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

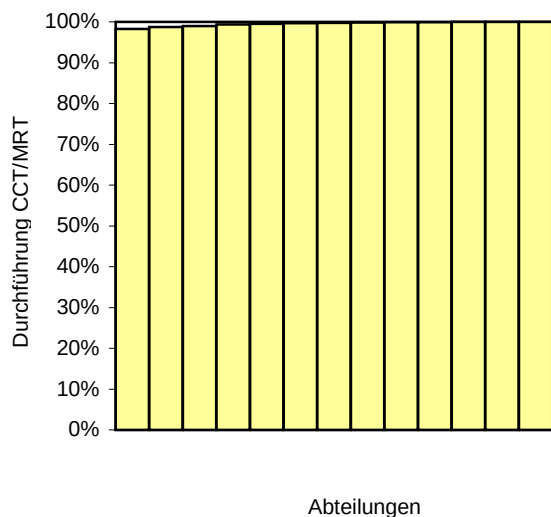
Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			8.001 / 8.019	99,8%
Vertrauensbereich				99,6% - 99,9%

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 98,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,8%

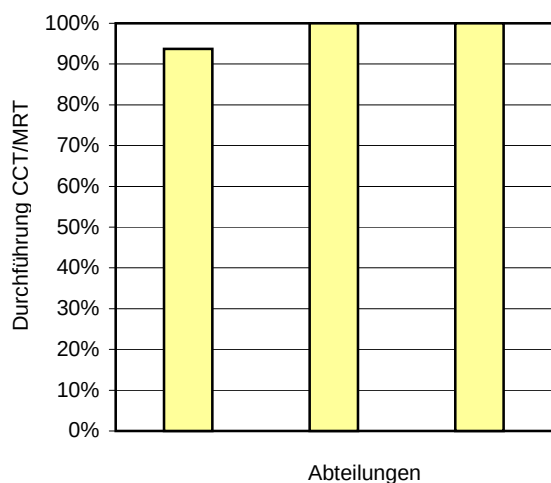


13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 93,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 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		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			7.495 / 7.745	96,8%
Vertrauensbereich				96,4% - 97,2%
Referenzbereich		$\geq 90\%$		$\geq 90\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			7.243 / 7.542	96,0%
Vertrauensbereich				95,6% - 96,5%

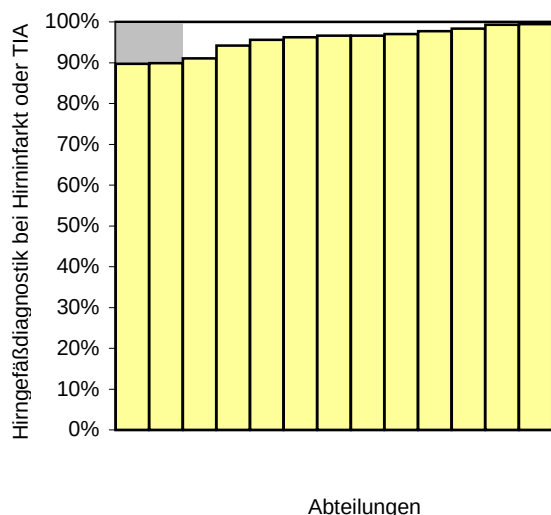
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83292]:

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: 89,7% - 99,4%

Median der Abteilungswerte: 96,7%

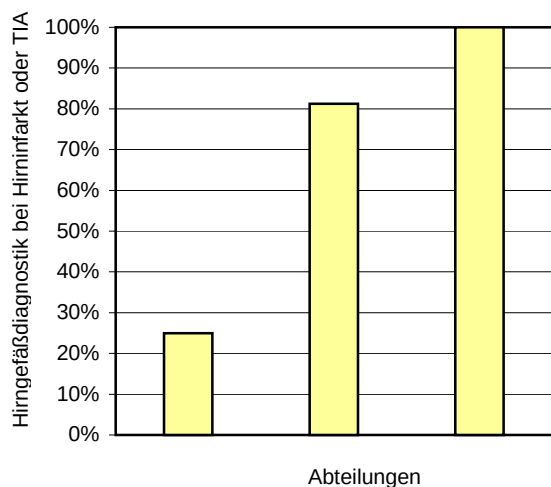


13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 81,3%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 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			
	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			
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	2 / 2.612 0,1%	192 / 5.133 3,7%	82 / 512 16,0%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,3%	3,2% - 4,3%	12,9% - 19,5%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 25%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		
	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			

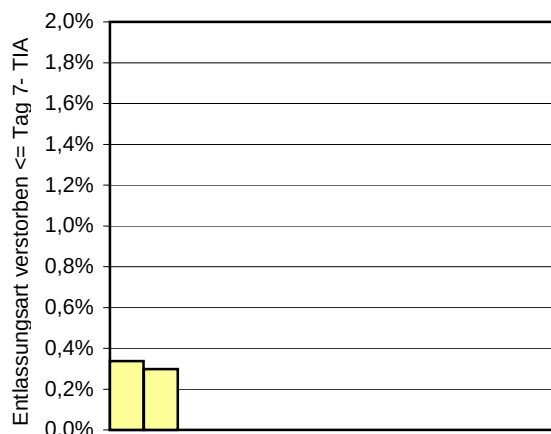
Vorjahresdaten	Gesamt 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	3 / 2.491 0,1% 0,0% - 0,4%	174 / 5.051 3,4% 3,0% - 4,0%	77 / 477 16,1% 13,0% - 19,8%

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



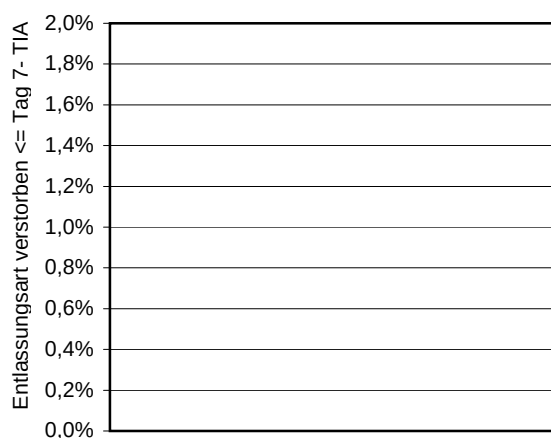
Abteilungen

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

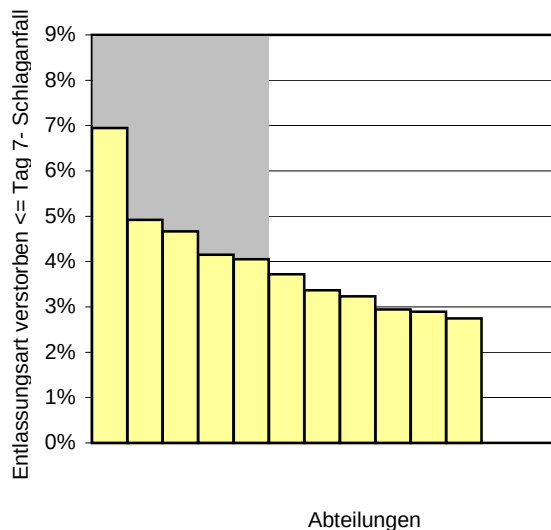
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83385]:

Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,9%

Median der Abteilungswerte: 3,4%

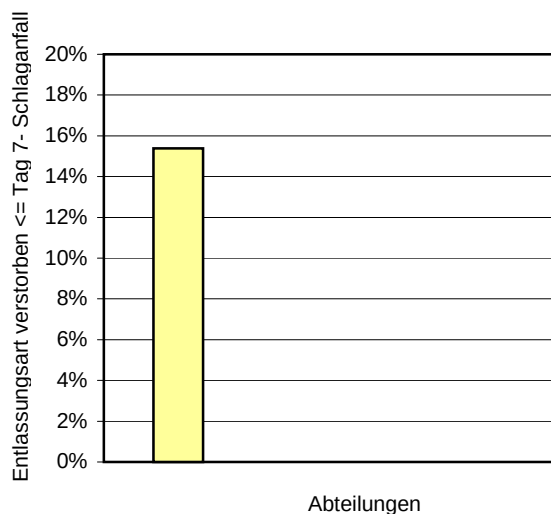


13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 15,4%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

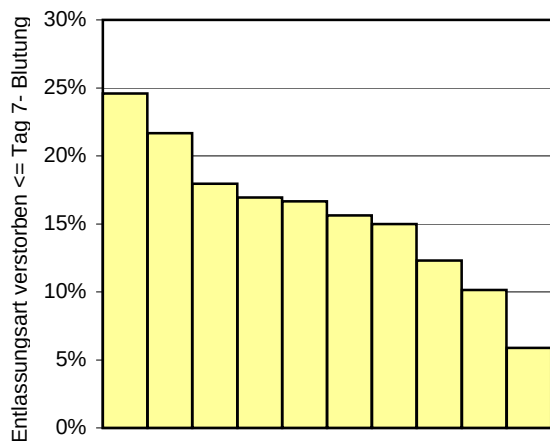
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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: 5,9% - 24,6%

Median der Abteilungswerte: 16,1%



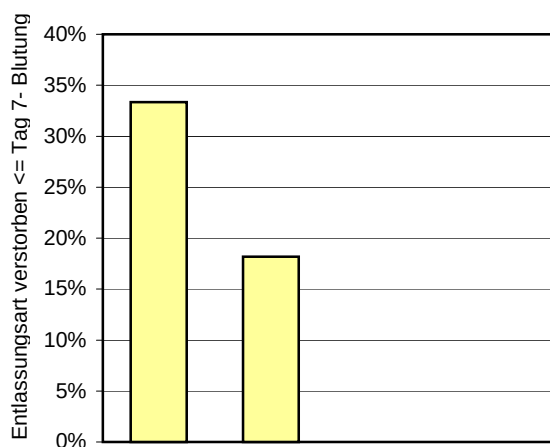
Abteilungen

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: 9,1%



Abteilungen

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

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

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

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83294

Referenzbereich: $\geq 60\%$

	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			3.895 / 4.663	83,5%
Vertrauensbereich				82,4% - 84,6%
Referenzbereich		$\geq 60\%$		$\geq 60\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			3.829 / 4.584	83,5%
Vertrauensbereich				82,4% - 84,6%

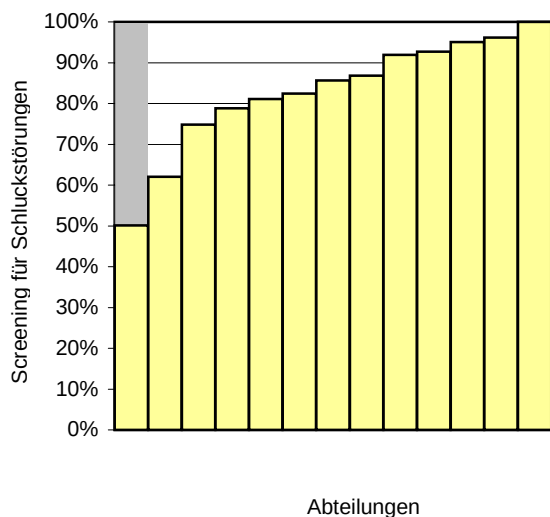
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83294]:

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: 50,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 85,7%

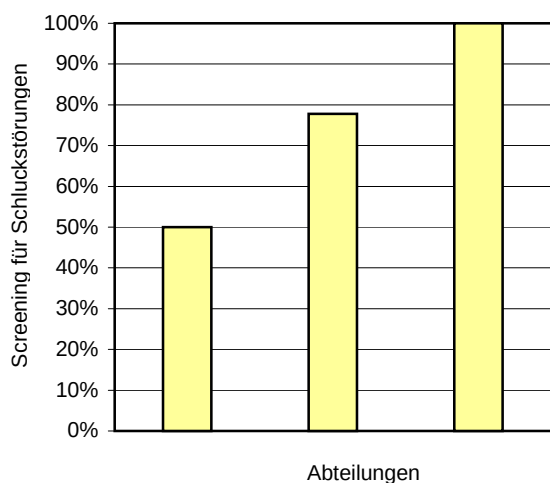


13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 77,8%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 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		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 1 Stunde			683 / 8.257	8,3%
> 1 - <= 2 Stunden			1.028 / 8.257	12,5%
> 2 - <= 3 Stunden			834 / 8.257	10,1%
> 3 - <= 3,5 Stunden			352 / 8.257	4,3%
> 3,5 - <= 4 Stunden			334 / 8.257	4,0%
> 4 - <= 6 Stunden			954 / 8.257	11,6%
> 6 - <= 24 Stunden			1.710 / 8.257	20,7%
> 24 - <= 48 Stunden			635 / 8.257	7,7%
> 48 Stunden			906 / 8.257	11,0%
wake up stroke			331 / 8.257	4,0%
unbekannt			490 / 8.257	5,9%
<= 3 Stunden			2.545 / 8.257	30,8%
Vertrauensbereich				29,8% - 31,8%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitintervall zwischen Symptombeginn bis Aufnahme				
<= 3 Stunden			2.397 / 8.019	29,9%
Vertrauensbereich				28,9% - 30,9%

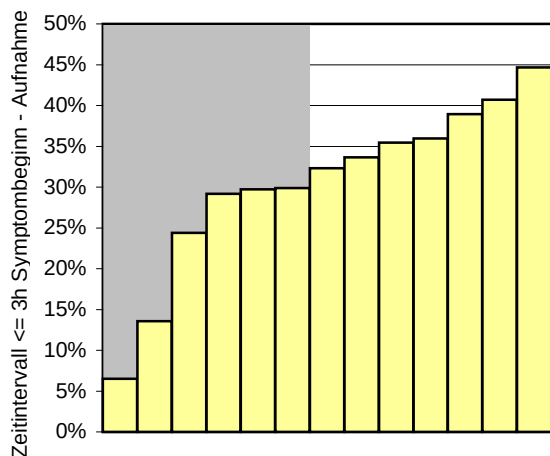
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83295]:

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: 6,5% - 44,7%

Median der Abteilungswerte: 32,3%



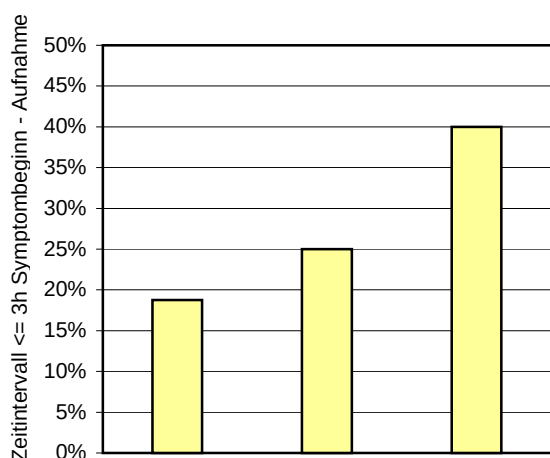
Abteilungen

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 18,8% - 40,0%

Median der Abteilungswerte: 25,0%



Abteilungen

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 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			
	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			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten	958 / 1.561 61,4%	441 / 966 45,7%	1.121 / 1.951 57,5%	278 / 576 48,3%
<= 60 Minuten	1.372 / 1.561 87,9%	778 / 966 80,5%	1.676 / 1.951 85,9%	474 / 576 82,3%
Vertrauensbereich Referenzbereich	86,2% - 89,5% >= 60%	77,9% - 83,0% >= 60%	84,3% - 87,4% >= 60%	78,9% - 85,3% >= 60%
> 30 - 60 Minuten	414 / 1.561 26,5%	337 / 966 34,9%	555 / 1.951 28,4%	196 / 576 34,0%
> 1 bis 3 Stunden	142 / 1.561 9,1%	142 / 966 14,7%	205 / 1.951 10,5%	79 / 576 13,7%
> 3 bis 6 Stunden	21 / 1.561 1,3%	24 / 966 2,5%	32 / 1.951 1,6%	13 / 576 2,3%
> 6 Stunden	16 / 1.561 1,0%	7 / 966 0,7%	19 / 1.951 1,0%	4 / 576 0,7%
1. Bildgebung vor Aufnahme	7 / 1.561 0,4%	15 / 966 1,6%	16 / 1.951 0,8%	6 / 576 1,0%
keine Bildgebung erfolgt	3 / 1.561 0,2%	0 / 966 0,0%	3 / 1.951 0,2%	0 / 576 0,0%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2010			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 60 Minuten	1.332 / 1.494 89,2%	717 / 882 81,3%	1.623 / 1.857 87,4%	426 / 519 82,1%
Vertrauensbereich	87,5% - 90,7%	78,6% - 83,8%	85,8% - 88,9%	78,5% - 85,3%

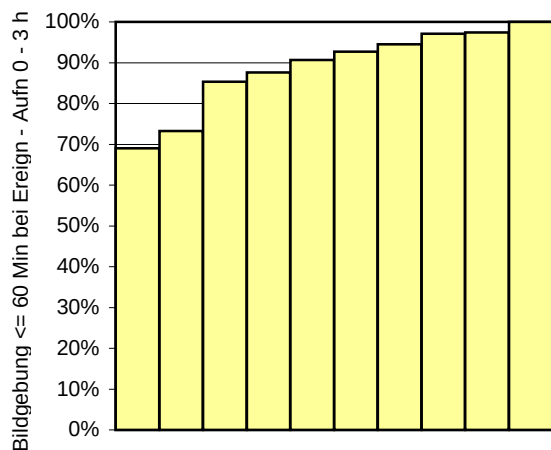
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83303]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 69,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 91,7%



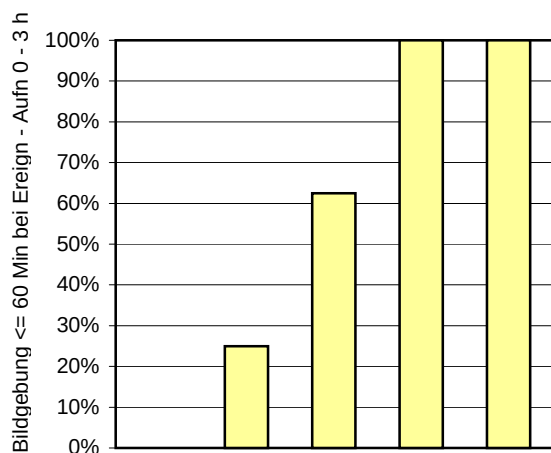
Abteilungen

10 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: 62,5%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

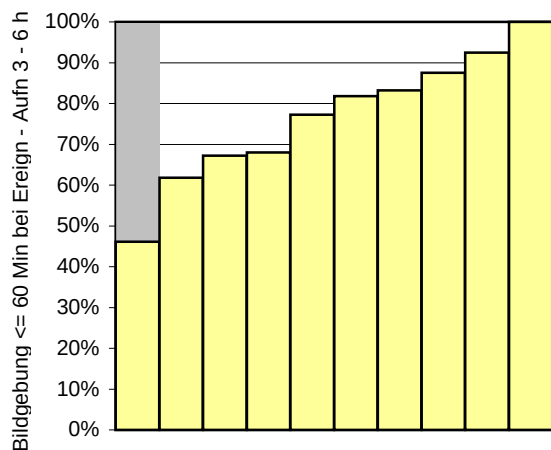
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83307]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 79,5%



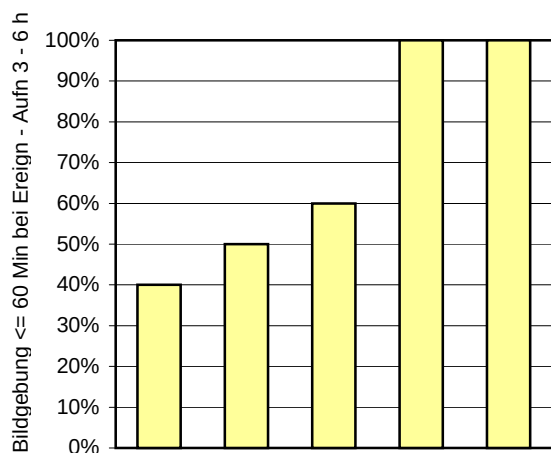
Abteilungen

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 40,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 60,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

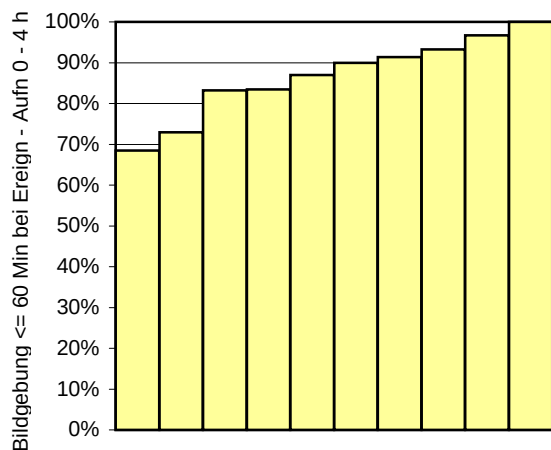
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103491]:

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: 68,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 88,5%



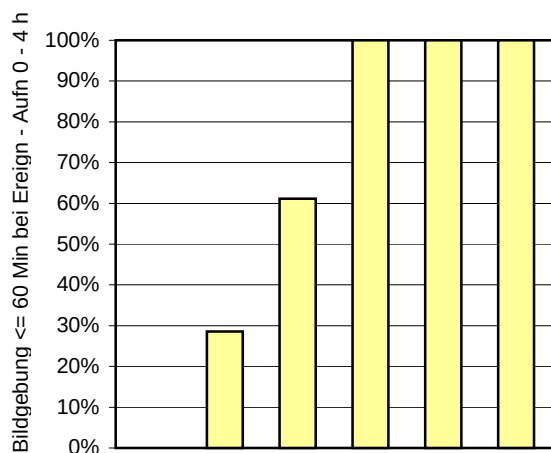
Abteilungen

10 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: 80,6%



Abteilungen

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

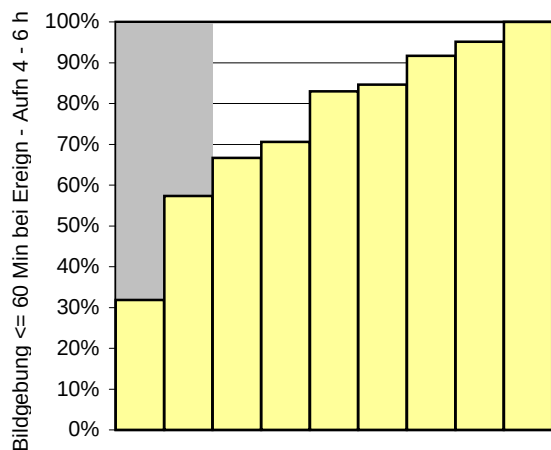
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103499]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 31,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 83,0%



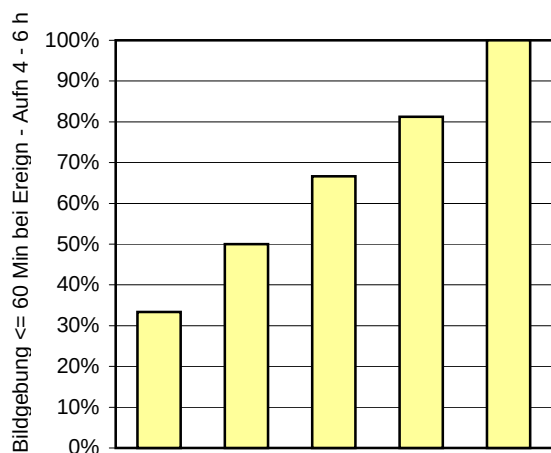
Abteilungen

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 66,7%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 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				
	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				
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	472 / 774	72 / 413	515 / 930	29 / 257
Vertrauensbereich	57,4% - 64,4%	13,9% - 21,4%	52,1% - 58,6%	7,7% - 15,8%
Referenzbereich	$\geq 30\%$	$\geq 4\%$	$\geq 25\%$	$\geq 4\%$

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2010		Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung Vertrauensbereich	469 / 760 61,7% 58,1% - 65,2%	67 / 384 17,4% 13,8% - 21,6%	511 / 920 55,5% 52,3% - 58,8%	25 / 224 11,2% 7,3% - 16,1%

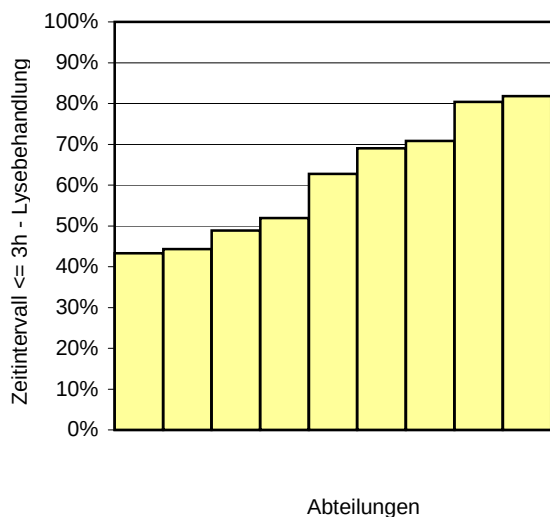
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83311]:

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: 43,3% - 81,8%

Median der Abteilungswerte: 62,7%

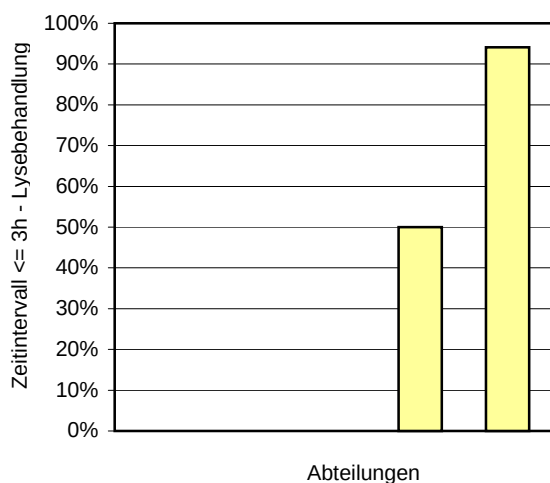


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

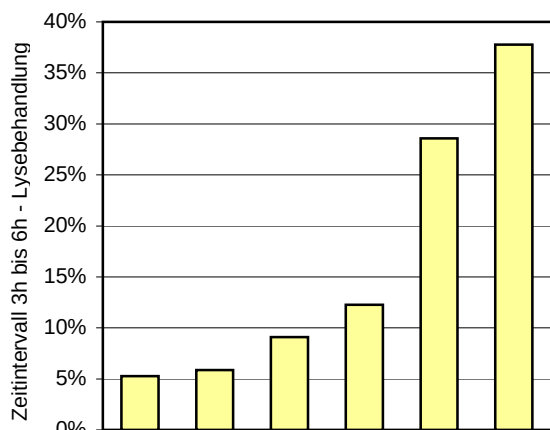
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83312]:

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: 5,3% - 37,8%

Median der Abteilungswerte: 10,7%



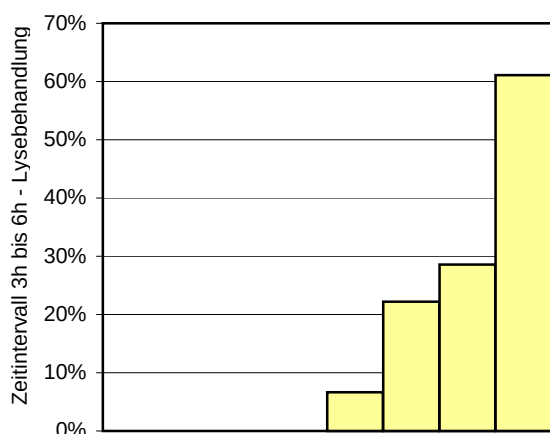
Abteilungen

6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 61,1%

Median der Abteilungswerte: 3,3%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

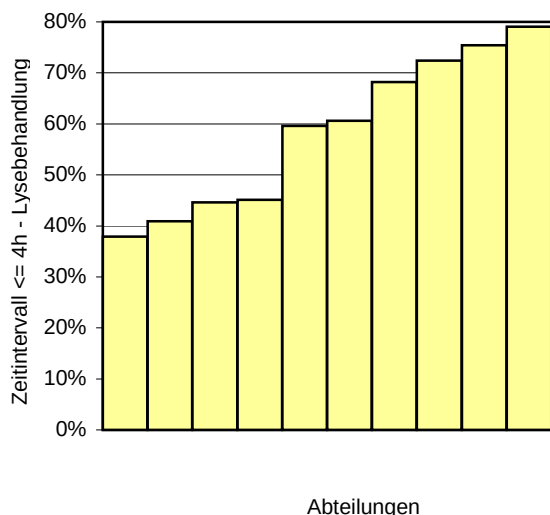
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103506]:

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: 37,9% - 79,1%

Median der Abteilungswerte: 60,1%

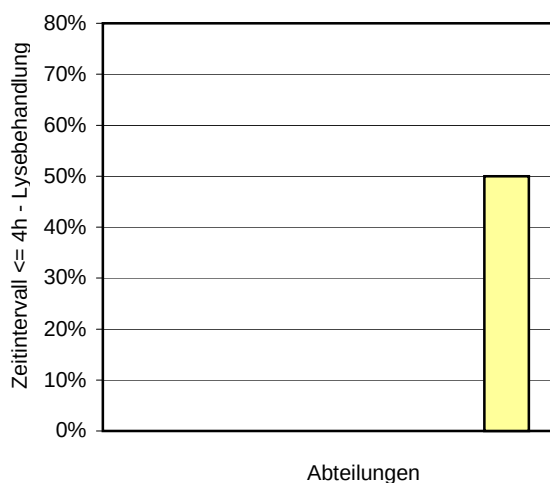


10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

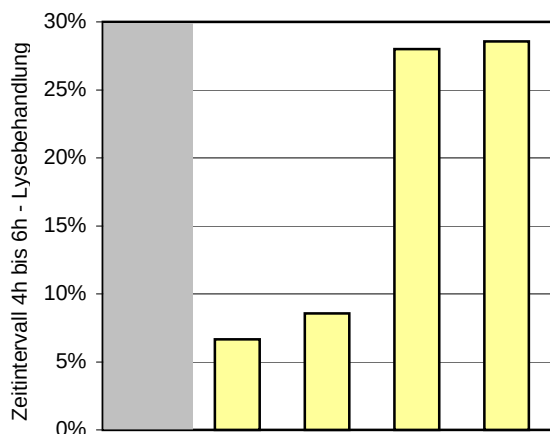
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103507]:

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: 0,0% - 28,6%

Median der Abteilungswerte: 8,6%



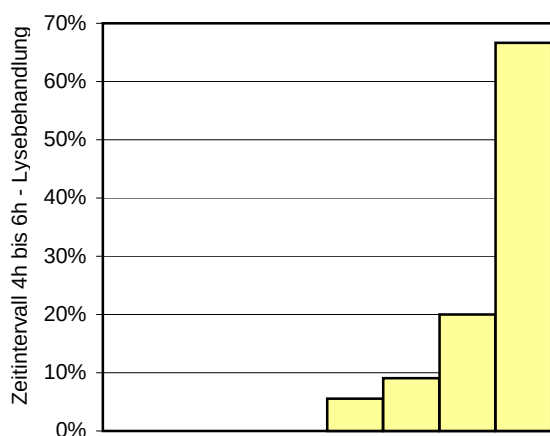
Abteilungen

5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 2,8%



Abteilungen

8 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

	Gesamt 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten	161 / 521 30,9%	14 / 66 21,2%	172 / 562 30,6%	3 / 25 12,0%
<= 60 Minuten	453 / 521 86,9%	53 / 66 80,3%	486 / 562 86,5%	20 / 25 80,0%
Vertrauensbereich	83,7% - 89,7%	68,6% - 89,1%	83,4% - 89,2%	59,2% - 93,2%
Referenzbereich	>= 70%	>= 60%	>= 70%	>= 60%
> 30 - 60 Minuten	292 / 521 56,0%	39 / 66 59,1%	314 / 562 55,9%	17 / 25 68,0%
> 1 - 2 Stunden	60 / 521 11,5%	11 / 66 16,7%	66 / 562 11,7%	5 / 25 20,0%
> 2 - 3 Stunden	7 / 521 1,3%	1 / 66 1,5%	8 / 562 1,4%	0 / 25 0,0%
> 3 - 4 Stunden	0 / 521 0,0%	1 / 66 1,5%	1 / 562 0,2%	0 / 25 0,0%
> 4 - 6 Stunden	1 / 521 0,2%	0 / 66 0,0%	1 / 562 0,2%	0 / 25 0,0%
> 6 Stunden	0 / 521 0,0%	0 / 66 0,0%	0 / 562 0,0%	0 / 25 0,0%
keine Lyse durchgeführt	0 / 521 0,0%	0 / 66 0,0%	0 / 562 0,0%	0 / 25 0,0%

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2010			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 60 Minuten	442 / 510 86,7%	52 / 66 78,8%	475 / 554 85,7%	19 / 22 86,4%
Vertrauensbereich	83,4% - 89,5%	66,9% - 87,9%	82,5% - 88,5%	65,0% - 97,1%

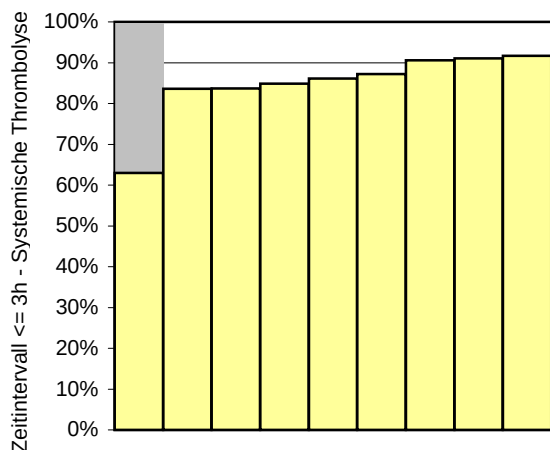
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83313]:

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: 63,0% - 91,7%

Median der Abteilungswerte: 86,1%



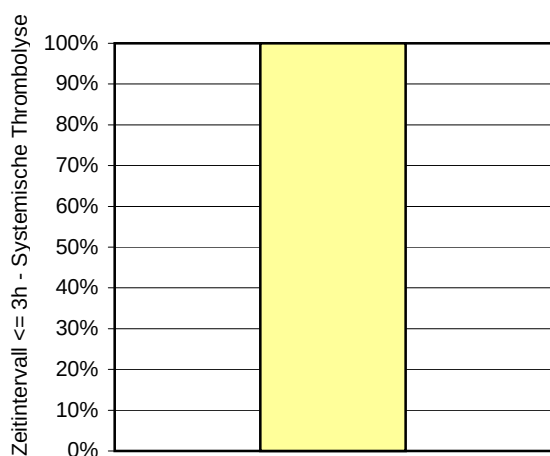
Abteilungen

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

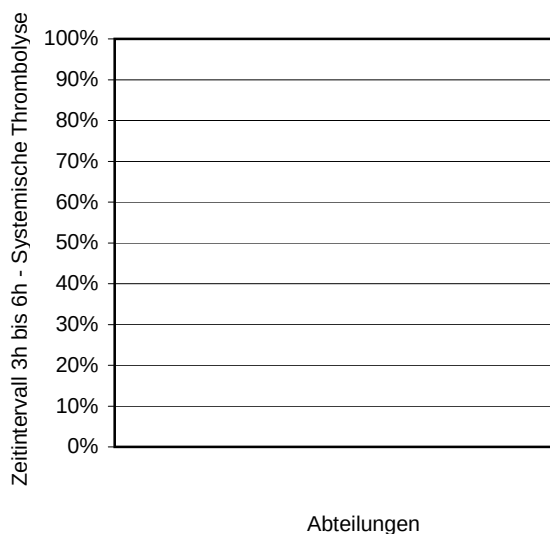
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/83320]:

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

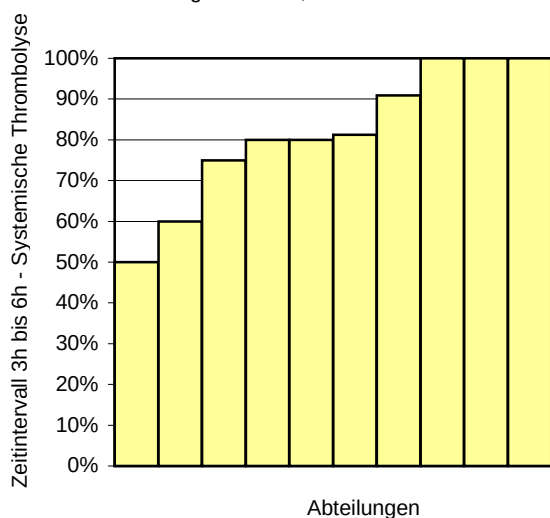


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 80,6%



10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

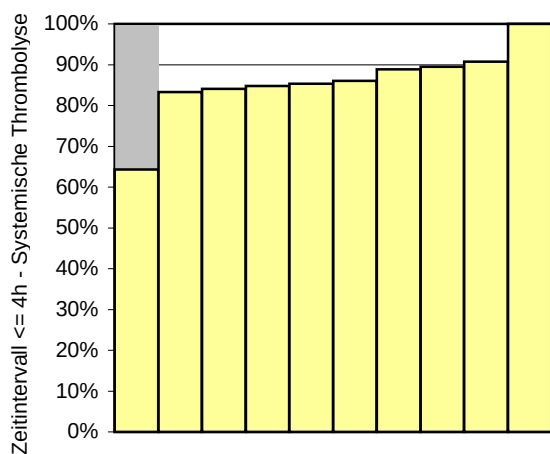
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15c, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103509]:

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: 64,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 85,7%



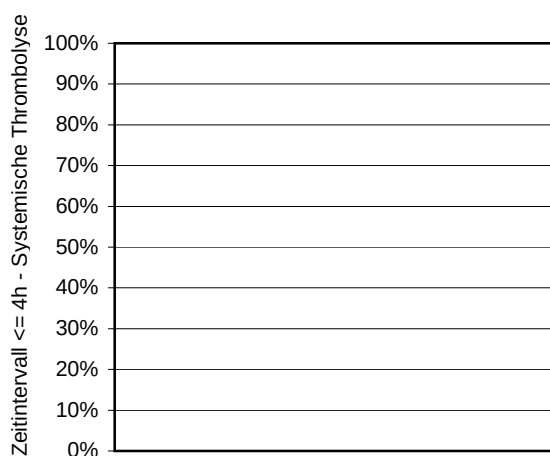
Abteilungen

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



Abteilungen

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

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

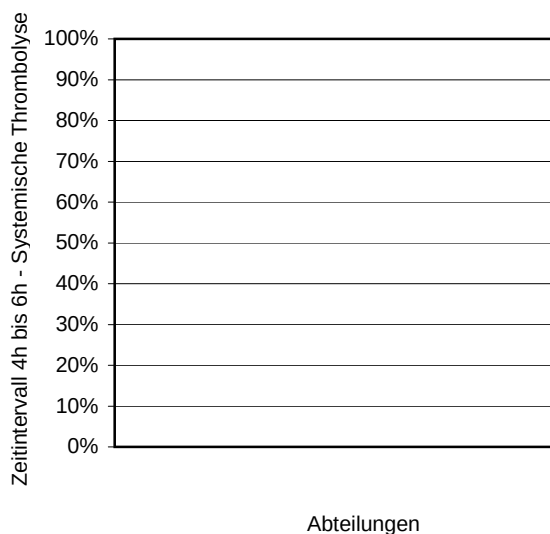
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15d, Kennzahl-ID 2011/apo_hh/103518]:

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

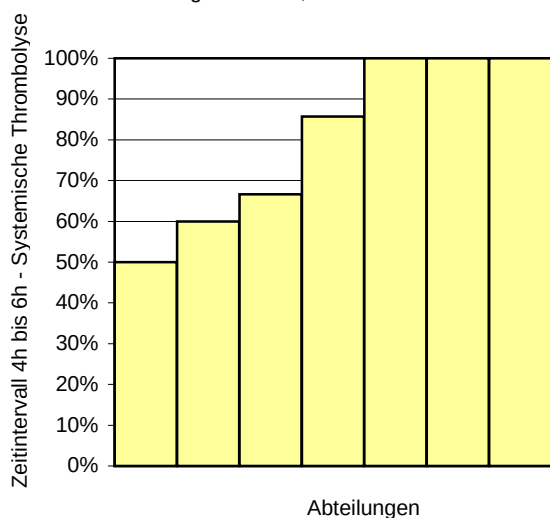


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 85,7%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/apo_hh/83372

Referenzbereich: >= 30%

	Abteilung 2011	Gesamt 2011
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.113 / 8.257
Vertrauensbereich		48,7% - 50,9%
Referenzbereich	>= 30%	>= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2010	Gesamt 2010
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		4.104 / 8.019
Vertrauensbereich		50,1% - 52,3%

Abteilung 2011

	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

	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	1.296 15,7%	741 9,0%	470 5,7%	190 2,3%	81 1,0%	20 0,2%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	68 0,8%	447 5,4%	660 8,0%	298 3,6%	94 1,1%	31 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	19 0,2%	43 0,5%	402 4,9%	563 6,8%	186 2,3%	58 0,7%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	9 0,1%	13 0,2%	63 0,8%	370 4,5%	363 4,4%	93 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	3 0,0%	9 0,1%	22 0,3%	64 0,8%	310 3,8%	265 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	5 0,1%	8 0,1%	14 0,2%	28 0,3%	76 0,9%	448 5,4%
6 Tod	3 0,0%	4 0,0%	10 0,1%	21 0,3%	48 0,6%	341 4,1%
Rankin bei Entlassung						

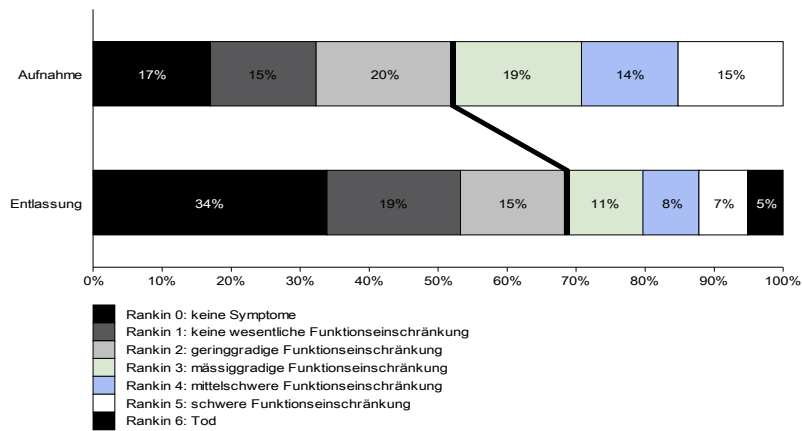
**Vorjahresdaten
Abteilung 2010**

	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**

	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	1.043 13,0%	666 8,3%	462 5,8%	219 2,7%	70 0,9%	22 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	95 1,2%	431 5,4%	593 7,4%	326 4,1%	108 1,3%	42 0,5%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	16 0,2%	62 0,8%	416 5,2%	623 7,8%	187 2,3%	43 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	6 0,1%	8 0,1%	67 0,8%	381 4,8%	376 4,7%	95 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 0,1%	5 0,1%	21 0,3%	77 1,0%	285 3,6%	272 3,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	3 0,0%	2 0,0%	14 0,2%	32 0,4%	61 0,8%	485 6,0%
6 Tod	2 0,0%	1 0,0%	13 0,2%	30 0,4%	49 0,6%	305 3,8%
Rankin bei Entlassung						

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



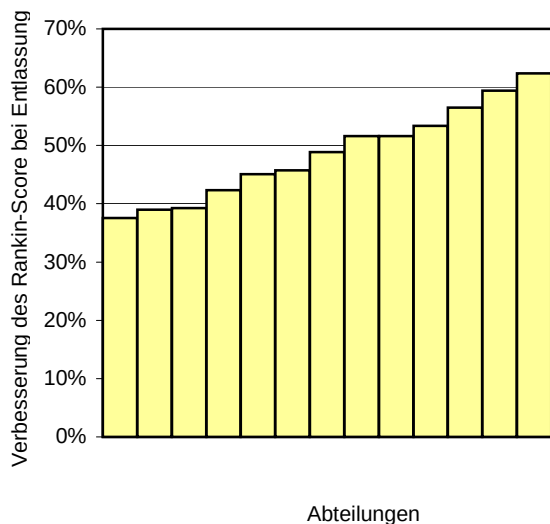
Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 37,6% - 62,4%

Median der Abteilungswerte: 48,9%

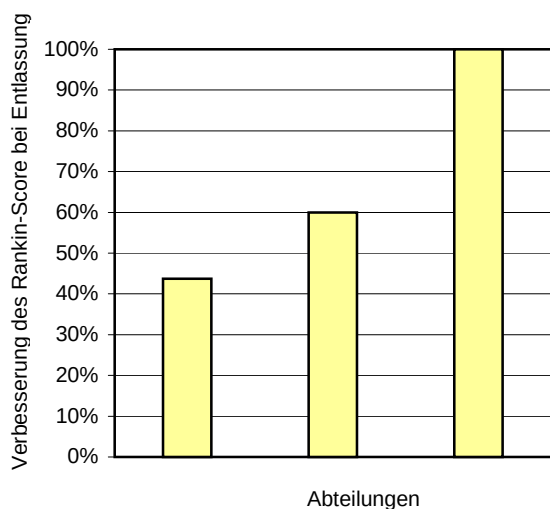


13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 43,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 60,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.598	25,3	2.561	25,6
2. Quartal			2.481	24,2	2.608	26,0
3. Quartal			2.622	25,5	2.487	24,8
4. Quartal			2.569	25,0	2.361	23,6
Gesamt			10.270		10.017	

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

Patienten

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			8.257		8.019	
Median				75,0		75,0
Geschlecht						
männlich			4.044	49,0	3.898	48,6
weiblich			4.213	51,0	4.121	51,4

Aufnahme

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			6.395	77,4	6.185	77,1
Sonnabend oder Sonntag			1.862	22,6	1.834	22,9
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein/Fuß						
ja			4.031	48,8	4.108	51,2
nein			4.148	50,2	3.832	47,8
nicht bestimmbar			78	0,9	79	1,0
Sprachstörung						
ja			1.982	24,0	1.977	24,7
nein			6.093	73,8	5.853	73,0
nicht bestimmbar			182	2,2	189	2,4
Sprechstörung						
ja			2.496	30,2	2.667	33,3
nein			5.492	66,5	5.113	63,8
nicht bestimmbar			269	3,3	239	3,0
Schluckstörung						
ja			1.414	17,1	1.529	19,1
nein			6.450	78,1	6.256	78,0
nicht bestimmbar			393	4,8	234	2,9
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			7.569	91,7	7.325	91,3
somnolent-stuporös			551	6,7	554	6,9
komatös			137	1,7	140	1,7
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde			683	8,3	569	7,1
> 1 - <= 2 Stunden			1.028	12,5	983	12,3
> 2 - <= 3 Stunden			834	10,1	845	10,5
> 3 - <= 3,5 Stunden			352	4,3	335	4,2
> 3,5 - <= 4 Stunden			334	4,0	281	3,5
> 4 - <= 6 Stunden			954	11,6	818	10,2
> 6 - <= 24 Stunden			1.710	20,7	1.747	21,8
> 24 - <= 48 Stunden			635	7,7	643	8,0
> 48 Stunden			906	11,0	904	11,3
unbekannt			490	5,9	555	6,9
wake up stroke			331	4,0	339	4,2

Diagnostik

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			7.764	94,0	7.501	93,5
Bildgebung-MRT nach Ereignis			5.164	62,5	4.763	59,4
FrISCHE Läsion in der Bildgebung			4.713	57,1	4.488	56,0
Schlucktest nach Protokoll			6.320	76,5	6.307	78,7
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			1.003	12,1	822	10,3
>= 1 - 24 Stunden			1.942	23,5	1.962	24,5
> 24 Stunden			5.312	64,3	5.235	65,3
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			7.762	94,0	7.491	93,4
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			7.618	92,3	7.349	91,6
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			1.753	21,2	1.702	21,2
früherer Schlaganfall			2.415	29,2	2.207	27,5
Vorhofflimmern			2.091	25,3	2.041	25,5
Komplikationen						
keine Komplikationen			7.060		6.837	
Pneumonie			534		536	
erhöhter Hirndruck			222		201	
andere Komplikationen			735		723	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2011¹

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.133	62,2	5.051	63,0
TIA			2.612	31,6	2.491	31,1
ICB			512	6,2	477	5,9
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			1.374	16,6	1.456	18,2
gelegentlicher Verlust			935	11,3	1.012	12,6
kontinent			5.948	72,0	5.551	69,2
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			1.585	19,2	1.571	19,6
grosse Unterstützung			889	10,8	870	10,8
geringe Unterstützung			1.266	15,3	1.330	16,6
vollständig selbstständig			4.517	54,7	4.248	53,0
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			1.826	22,1	1.824	22,7
grosse Unterstützung			1.092	13,2	1.046	13,0
geringe Unterstützung			1.472	17,8	1.603	20,0
vollständig selbstständig			3.867	46,8	3.546	44,2
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			926	11,2	999	12,5
gelegentlicher Verlust			746	9,0	885	11,0
kontinent			6.158	74,6	5.735	71,5
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			693	8,4	732	9,1
grosse Unterstützung			587	7,1	571	7,1
geringe Unterstützung			900	10,9	898	11,2
vollständig selbstständig			5.650	68,4	5.418	67,6
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			898	10,9	949	11,8
grosse Unterstützung			693	8,4	654	8,2
geringe Unterstützung			1.166	14,1	1.162	14,5
vollständig selbstständig			5.073	61,4	4.854	60,5

Rankin Skala

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			1.403	17,0	1.170	14,6
Rankin 1			1.265	15,3	1.175	14,7
Rankin 2			1.641	19,9	1.586	19,8
Rankin 3			1.534	18,6	1.688	21,1
Rankin 4			1.158	14,0	1.136	14,2
Rankin 5			1.256	15,2	1.264	15,8
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			2.798	33,9	2.482	31,0
Rankin 1			1.598	19,4	1.595	19,9
Rankin 2			1.271	15,4	1.347	16,8
Rankin 3			911	11,0	933	11,6
Rankin 4			673	8,2	665	8,3
Rankin 5			579	7,0	597	7,4
Tod			427	5,2	400	5,0

Rehabilitation

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			4.811	58,3	4.895	61,0
> Tag 2 nach Aufnahme			143	1,7	134	1,7
keine			3.303	40,0	2.990	37,3
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			7.322	88,7	7.116	88,7
> Tag 2 nach Aufnahme			254	3,1	278	3,5
keine			681	8,2	625	7,8
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.527	79,0	6.310	78,7
> Tag 2 nach Aufnahme			215	2,6	229	2,9
keine			1.515	18,3	1.480	18,5

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			1.618	19,6	1.585	19,8
Beatmung			247	3,0	216	2,7
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			6.633	80,3	6.574	82,0
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			6.298	76,3	6.196	77,3
Thromboseprophylaxe			7.707	93,3	7.544	94,1

Entlassung

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			8.135	98,5	7.903	98,6
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			6.589	79,8	6.498	81,0
Entlassungsart						
verstorben			427	5,2	400	5,0
nach Hause			4.755	57,6	4.450	55,5
Pflegeeinrichtung/Heim			545	6,6	563	7,0
andere Abteilung			375	4,5	342	4,3
externe (Akut)Klinik			132	1,6	168	2,1
Reha-Klinik			2.023	24,5	2.096	26,1
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			8.257	100,0	8.019	100,0
Mittelwert				8,8		9,0
Median				7,0		7,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			639	7,7	635	7,9
Lyse i.a.			78	0,9	62	0,8
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			189	2,3	133	1,7
> 30 - <= 60 Minuten			378	4,6	420	5,2
> 1 - <= 2 Stunden			90	1,1	85	1,1
> 2 - <= 3 Stunden			14	0,2	15	0,2
> 3 - <= 4 Stunden			3	0,0	9	0,1
> 4 - <= 6 Stunden			2	0,0	2	0,0
> 6 Stunden			1	0,0	3	0,0
keine Lyse durchgeführt			7.580	91,8	7.352	91,7
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			2.946	35,7	2.678	33,4
> 30 - <= 60 Minuten			2.990	36,2	3.311	41,3
> 1 - <= 3 Stunden			1.594	19,3	1.382	17,2
> 3 - <= 6 Stunden			275	3,3	244	3,0
> 6 Stunden			198	2,4	168	2,1
1. Bildgebung vor Aufnahme			234	2,8	218	2,7
keine Bildgebung erfolgt			20	0,2	18	0,2
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			4.420	53,5	4.063	50,7
3 - 8 (mittel)			2.354	28,5	2.484	31,0
9 - 20 (schwerwiegend)			1.079	13,1	1.106	13,8
> 20 (sehr schwerwiegend)			308	3,7	262	3,3
keine Angabe			0	0,0	0	0,0

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			5.146	62,3	4.989	62,2
Hypercholesterinämie			3.357	40,7	2.955	36,8
keine Angabe			1.995	24,2	2.007	25,0
Sekundärprophylaxe						
Statine			4.256	51,5	3.834	47,8
Antihypertensiva			5.027	60,9	4.864	60,7
Antidiabetika			1.064	12,9	1.056	13,2
keine Angabe			2.042	24,7	2.103	26,2
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			5.105	61,8	4.812	60,0
Pflege zu Hause			628	7,6	634	7,9
Pflege in Institution			515	6,2	571	7,1
keine Angabe			2.009	24,3	2.002	25,0

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein 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.

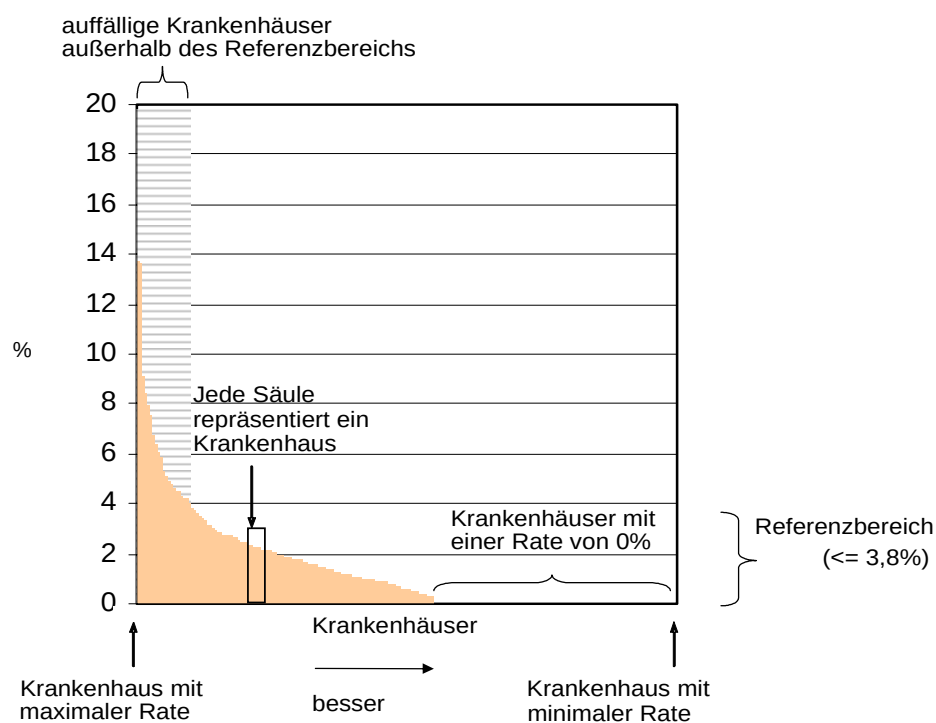
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

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 für Qualität und Patientensicherheit

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

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