

II. Quartalsauswertung 2010 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 13
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.767
Datensatzversion: apo_hh 2010 1.0
Datenbankstand: 03. August 2010
2010 - D9768-L66826-P31164

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 2010 stationär aufgenommen wurden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)			79,5%	>= 40%	1.1
QI 2: Frühzeitige Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie			91,5%	>= 75%	1.3
QI 3: Frühzeitige Rehabilitation Logopädie			86,1%	>= 65%	1.5
QI 4: Antithrombotische Therapie Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			97,1%	>= 90%	1.7
QI 5: Antithrombotische Therapie Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			95,8%	>= 90%	1.9
QI 6: Antithrombotische Therapie Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			72,8%	>= 50%	1.11
QI 7: Frühzeitige Mobilisierung			87,3%	>= 66%	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 Hirninfarkt und TIA			96,5%	>= 90%	1.17
QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall					
bei Patienten mit TIA			0,0%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			3,0%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			13,3%	<= 30%	1.19
QI 11: Screening für Schluckstörungen			82,7%	>= 55%	1.24
QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden			31,8%	>= 30%	1.26
QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			88,2%	>= 55%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			83,0%	>= 55%	1.28
QI 14: Thrombolyse					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25			41,6%	>= 25%	1.32
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			8,4%	>= 3%	1.32

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 15: Systemische Thrombolyse					
door-to-needle-time					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse					
≤ 60 Min bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. ≤ 3 h					
			85,0%	≥ 66%	1.35
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse					
≤ 60 Min bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h					
			60,0%	≥ 55%	1.35
QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score					
Aufnahme versus Entlassung					
			52,4%	≥ 25%	1.39

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten (Ausschluss: Verstorbene Patienten)

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83254

Referenzbereich: >= 40%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.157 / 1.456	79,5% 77,3% - 81,5% >= 40%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			1.362 / 1.830	74,4% 72,4% - 76,4%

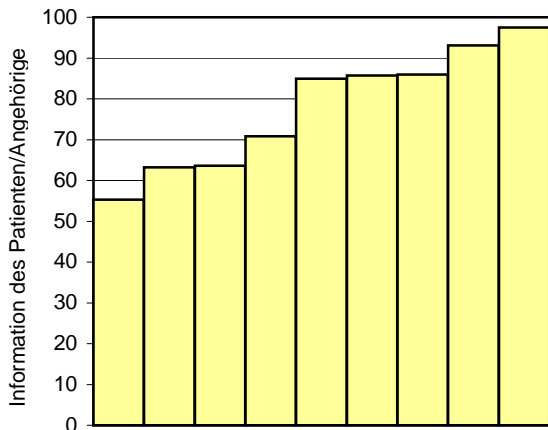
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83254]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 55,3% - 97,5%

Median der Abteilungswerte: 85,0%



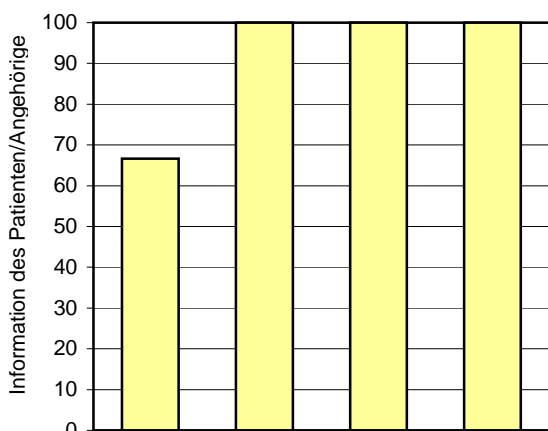
Abteilungen

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

4 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 (<= Tag 2 nach Aufnahme) durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Lähmungen durch einen Physiotherapeuten während des Krankenhausaufenthaltes

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83284

Referenzbereich: >= 75%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich			482 / 527	91,5% 88,7% - 93,7% >= 75%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			676 / 759	89,1% 86,6% - 91,2%

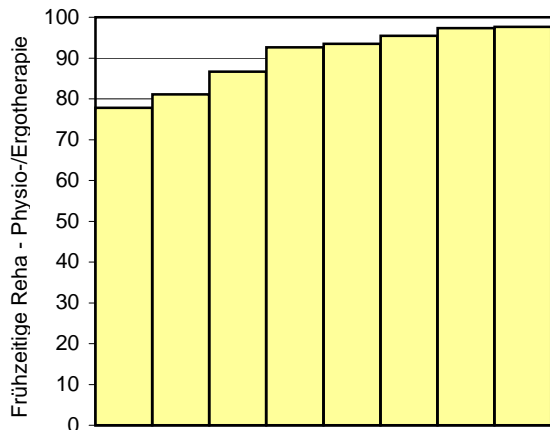
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83284]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 77,8% - 97,6%

Median der Abteilungswerte: 93,0%



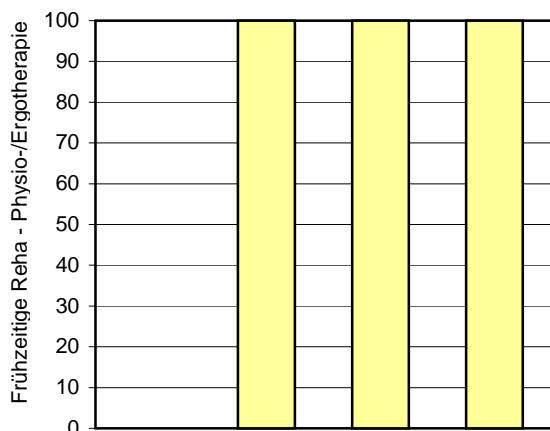
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

4 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: 2010/apo_hh/83285

Referenzbereich: >= 65%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			514 / 597	86,1%
Vertrauensbereich				83,1% - 88,8%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			653 / 818	79,8%
Vertrauensbereich				76,9% - 82,5%

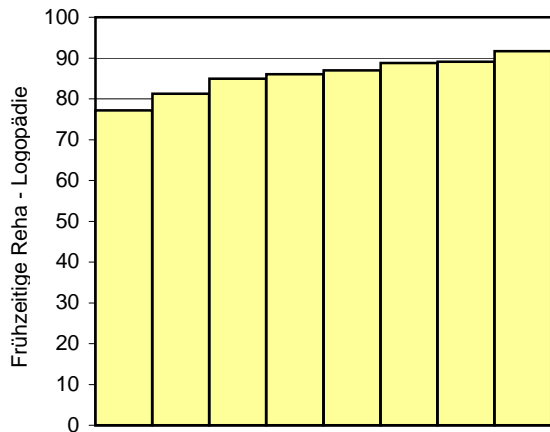
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83285]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 77,1% - 91,7%

Median der Abteilungswerte: 86,5%



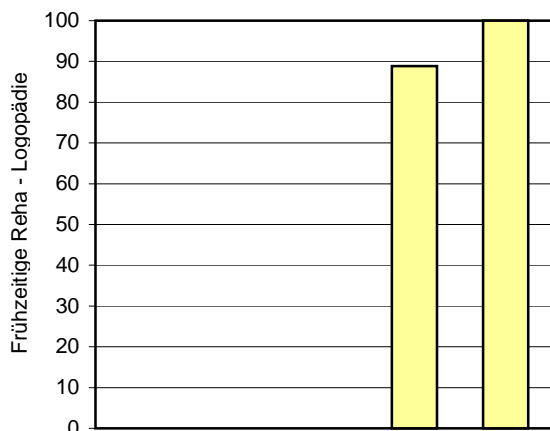
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

5 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: 2010/apo_hh/83286

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			895 / 922	97,1%
Vertrauensbereich				95,8% - 98,1%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten¹	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

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

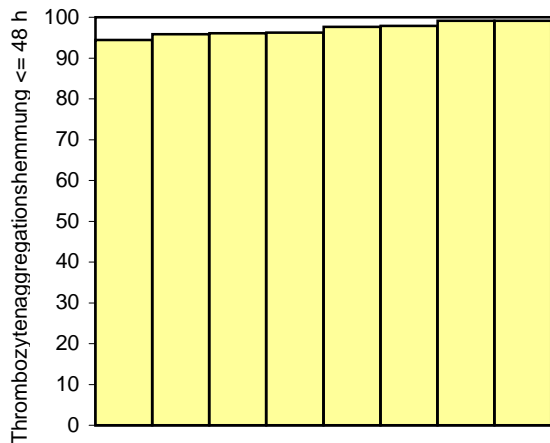
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83286]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,4% - 99,2%

Median der Abteilungswerte: 96,9%



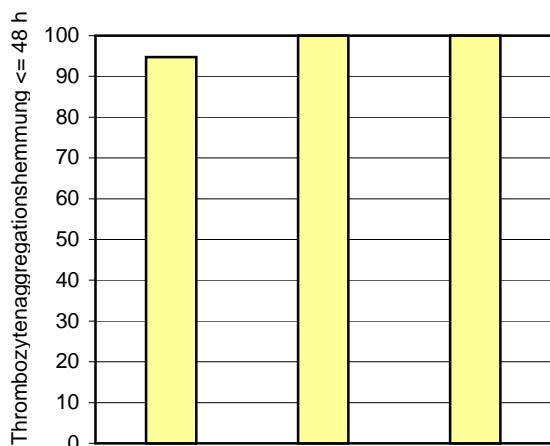
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,7% - 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 5: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

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

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83287

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.092 / 1.140	95,8%
Vertrauensbereich				94,5% - 96,9%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			1.426 / 1.488	95,8%
Vertrauensbereich				94,7% - 96,8%

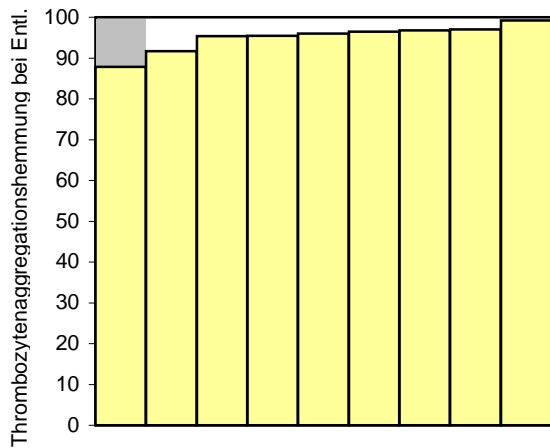
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83287]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 87,8% - 99,2%

Median der Abteilungswerte: 96,0%



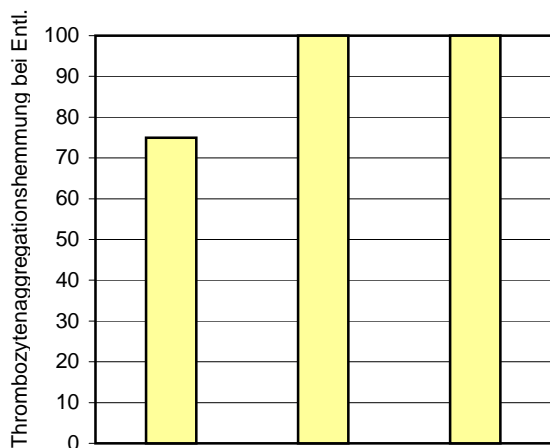
Abteilungen

9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

3 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: 2010/apo_hh/83288

Referenzbereich: >= 50%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			169 / 232	72,8%
Vertrauensbereich				66,6% - 78,5%
Referenzbereich		>= 50%		>= 50%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			157 / 239	65,7%
Vertrauensbereich				59,3% - 71,7%

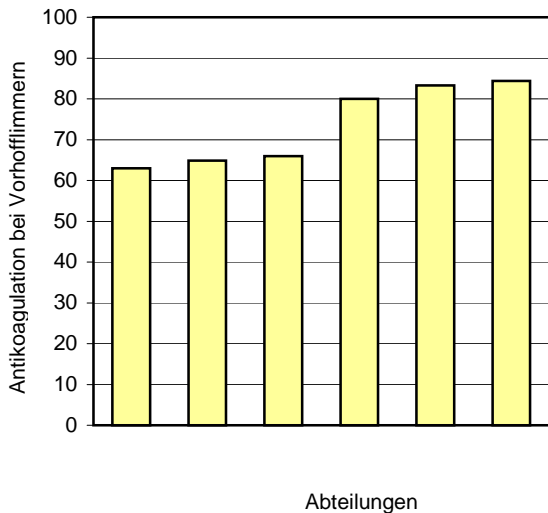
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83288]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 63,0% - 84,4%

Median der Abteilungswerte: 73,0%

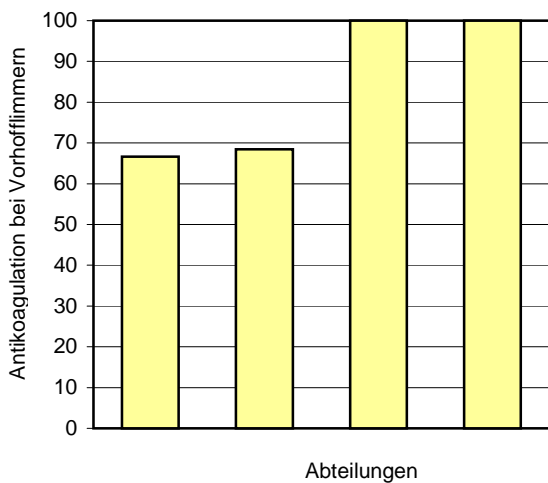


6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 84,2%



4 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: 2010/apo_hh/83290

Referenzbereich: $\geq 66\%$

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			623 / 714	87,3%
Vertrauensbereich				84,6% - 89,6%
Referenzbereich		$\geq 66\%$		$\geq 66\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			821 / 968	84,8%
Vertrauensbereich				82,4% - 87,0%

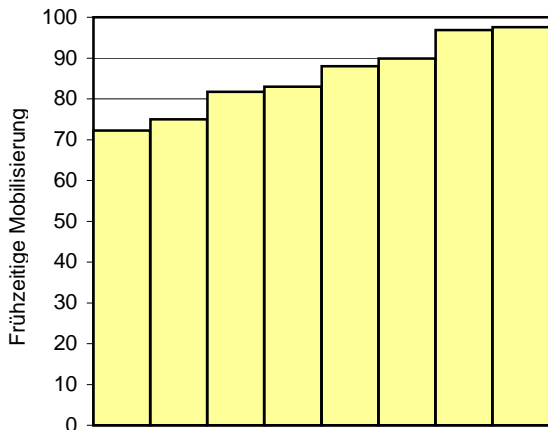
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83290]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 72,2% - 97,6%

Median der Abteilungswerte: 85,5%



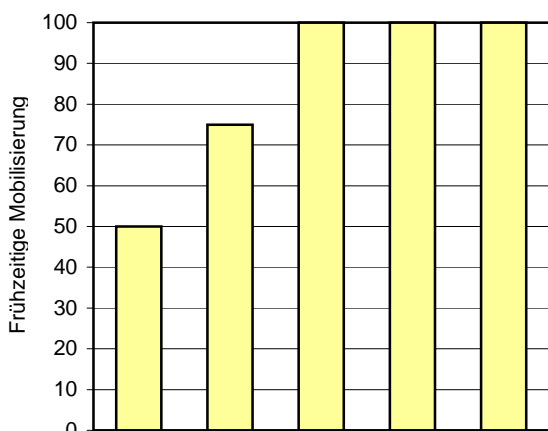
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83291

Referenzbereich: >= 95%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.520 / 1.521	99,9%
Vertrauensbereich				99,6% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			1.936 / 1.945	99,5%
Vertrauensbereich				99,1% - 99,8%

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 99,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



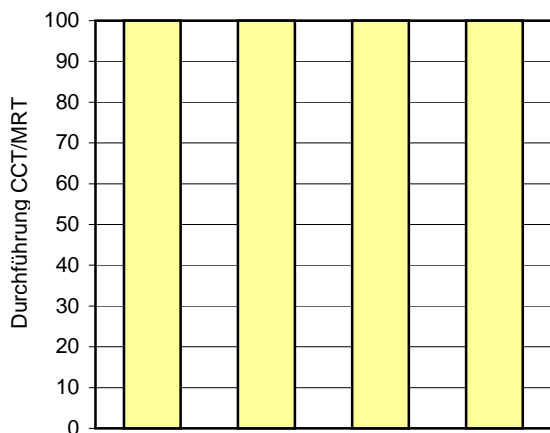
Abteilungen

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

4 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: 2010/apo_hh/83292

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.387 / 1.438	96,5%
Vertrauensbereich				95,4% - 97,3%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			1.739 / 1.823	95,4%
Vertrauensbereich				94,3% - 96,3%

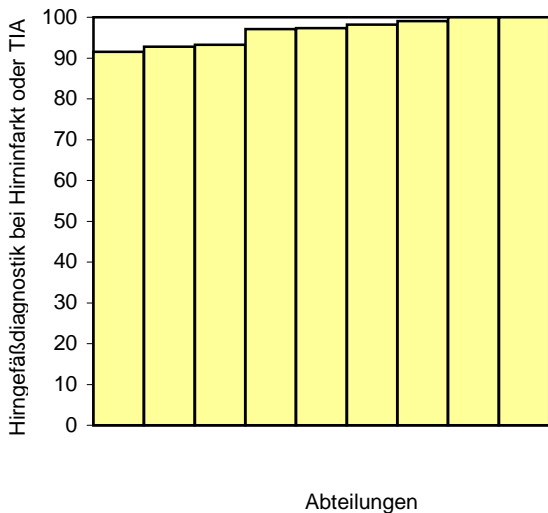
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83292]:

Anteil von Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik an allen Patienten mit TIA oder Hirninfarkt

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 91,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,3%

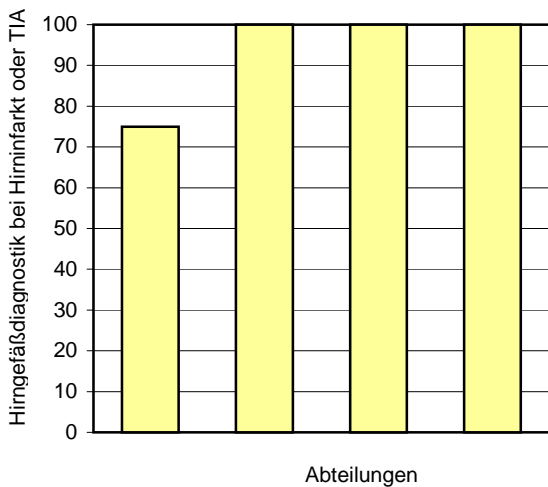


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



4 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: 2010/apo_hh/83293
 Gruppe 2: 2010/apo_hh/83385
 Gruppe 3: 2010/apo_hh/83386

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

	Abteilung 2010 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%	<= 30%

	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	0 / 437 0,0%	30 / 1.001 3,0%	11 / 83 13,3%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,8%	2,0% - 4,3%	6,8% - 22,5%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 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	■	■	■

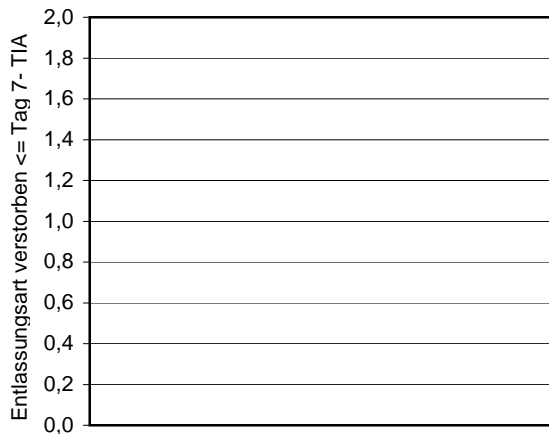
Vorjahresdaten	Gesamt 2009 II. Qu.		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	0 / 616 0,0% 0,0% - 0,6%	48 / 1.207 4,0% 2,9% - 5,2%	22 / 122 18,0% 11,6% - 26,1%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83293]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit TIA**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

7 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.

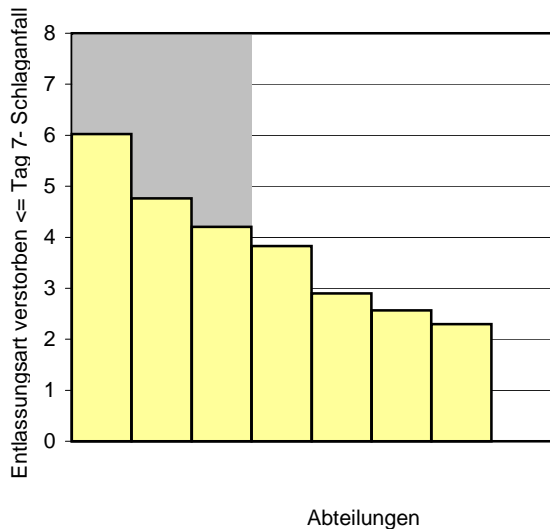
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83385]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Schlaganfall**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 3,4%

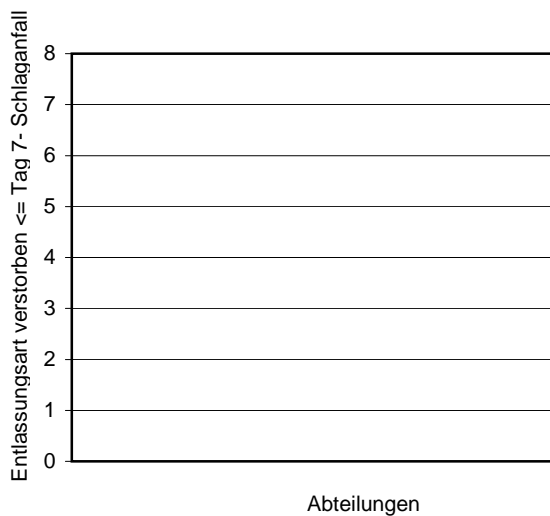


8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

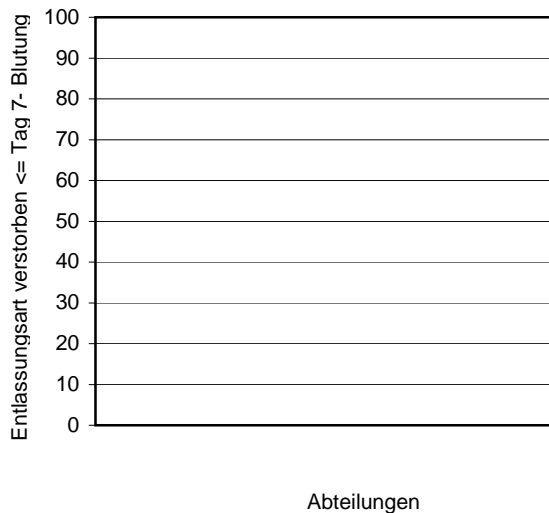
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10c, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83386]:
Anteil von Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7 an allen Patienten mit Blutung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

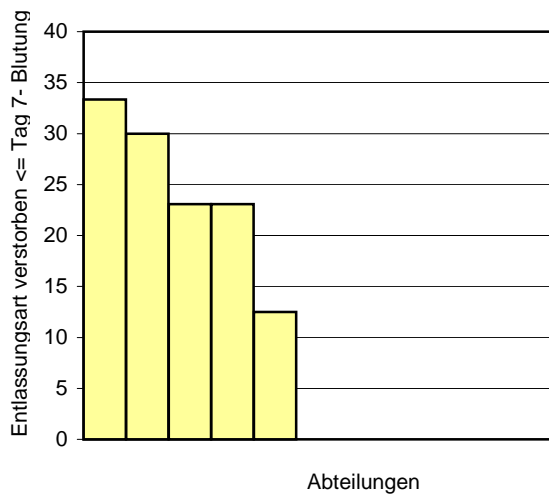


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



11 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

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

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

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83294

Referenzbereich: >= 55%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			771 / 932	82,7%
Vertrauensbereich				80,1% - 85,1%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			838 / 1.056	79,4%
Vertrauensbereich				76,8% - 81,8%

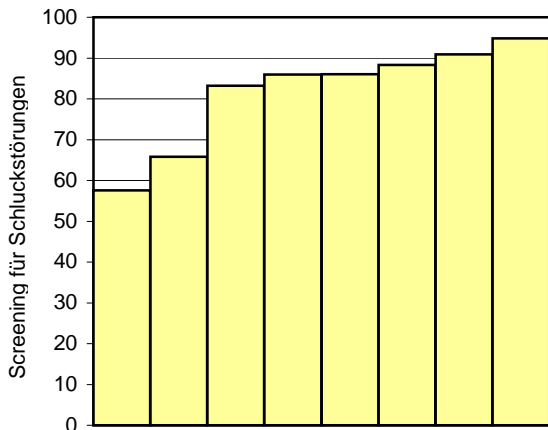
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83294]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 57,5% - 94,8%

Median der Abteilungswerte: 86,0%



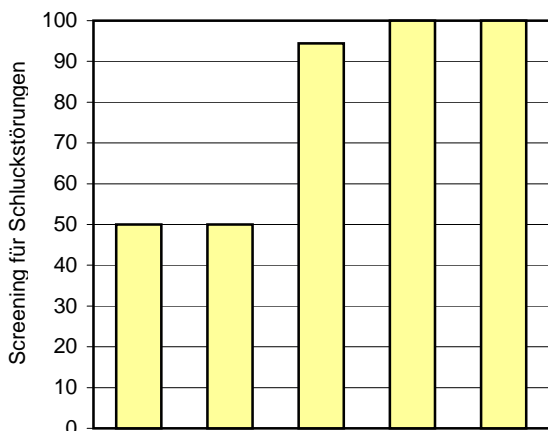
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 94,4%



Abteilungen

5 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: 2010/apo_hh/83295

Referenzbereich: >= 30%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 1 Stunde			122 / 1.521	8,0%
> 1 - <= 2 Stunden			192 / 1.521	12,6%
> 2 - <= 3 Stunden			170 / 1.521	11,2%
> 3 - <= 3,5 Stunden			57 / 1.521	3,7%
> 3,5 - <= 4 Stunden			50 / 1.521	3,3%
> 4 - <= 6 Stunden			174 / 1.521	11,4%
> 6 - <= 24 Stunden			343 / 1.521	22,6%
> 24 - <= 48 Stunden			132 / 1.521	8,7%
> 48 Stunden			172 / 1.521	11,3%
wake up stroke			10 / 1.521	0,7%
unbekannt			99 / 1.521	6,5%
<= 3 Stunden			484 / 1.521	31,8%
Vertrauensbereich				29,5% - 34,2%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

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

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

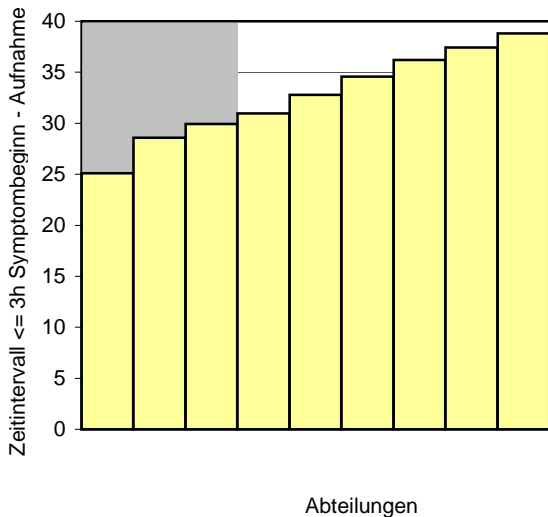
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83295]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 25,1% - 38,8%

Median der Abteilungswerte: 32,8%

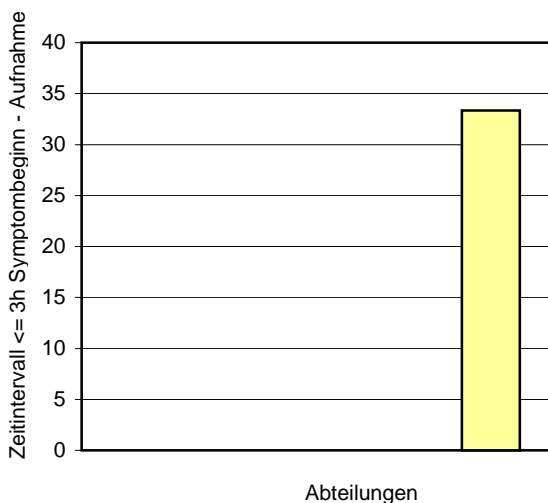


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



4 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**

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 0 bis 3 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Intervall Ereignis bis Aufnahme > 3 bis 6 Stunden (Ausschluss: Patienten mit TIA)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/apo_hh/83303
	Gruppe 2:	2010/apo_hh/83307
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 55%
	Gruppe 2:	>= 55%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung				
<= 30 Minuten			196 / 314 62,4%	56 / 194 28,9%
<= 60 Minuten			277 / 314 88,2%	161 / 194 83,0%
Vertrauensbereich			84,1% - 91,6%	76,9% - 88,0%
Referenzbereich	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%
> 30 - 60 Minuten			81 / 314 25,8%	105 / 194 54,1%
> 1 bis 3 Stunden			32 / 314 10,2%	22 / 194 11,3%
> 3 bis 6 Stunden			2 / 314 0,6%	5 / 194 2,6%
> 6 Stunden			2 / 314 0,6%	3 / 194 1,5%
1. Bildgebung vor Aufnahme			1 / 314 0,3%	3 / 194 1,5%
keine Bildgebung erfolgt			0 / 314 0,0%	0 / 194 0,0%

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

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

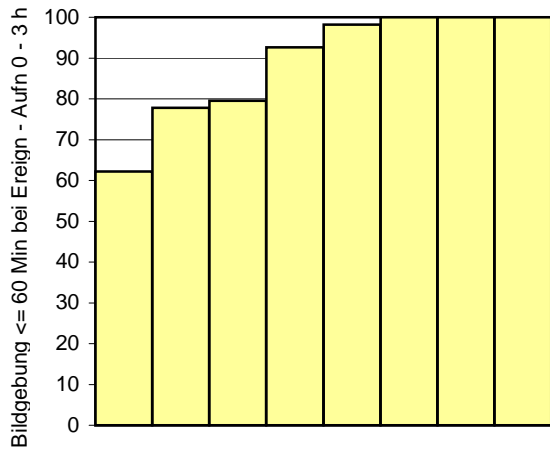
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83303]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 62,2% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,4%



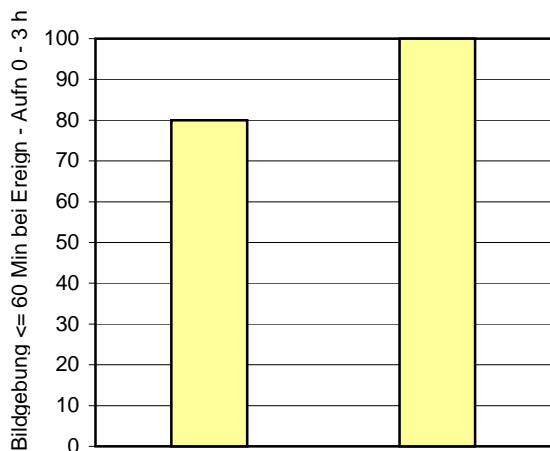
Abteilungen

8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 90,0%



Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

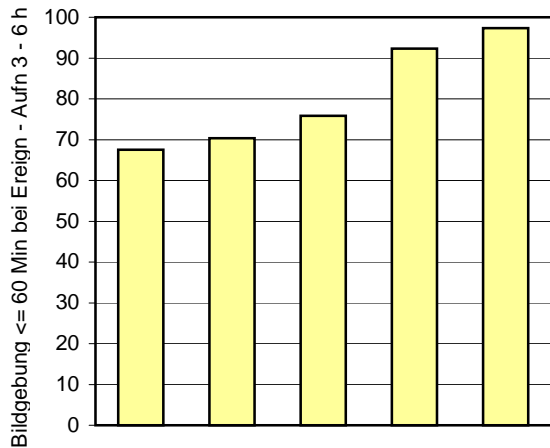
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83307]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 67,6% - 97,3%

Median der Abteilungswerte: 75,9%



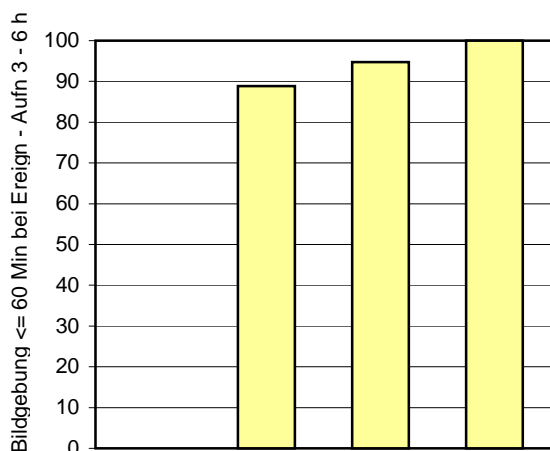
Abteilungen

5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 91,8%



Abteilungen

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

Qualitätsziel:	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme > 3 - 6 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse (Ausschluss: Patienten mit TIA)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/apo_hh/83311
	Gruppe 2:	2010/apo_hh/83312
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 25%
	Gruppe 2:	>= 3%

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	█	█	116 / 279 41,6%	15 / 179 8,4%
Vertrauensbereich			35,7% - 47,6%	4,8% - 13,5%
Referenzbereich	>= 25%	>= 3%	>= 25%	>= 3%

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

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

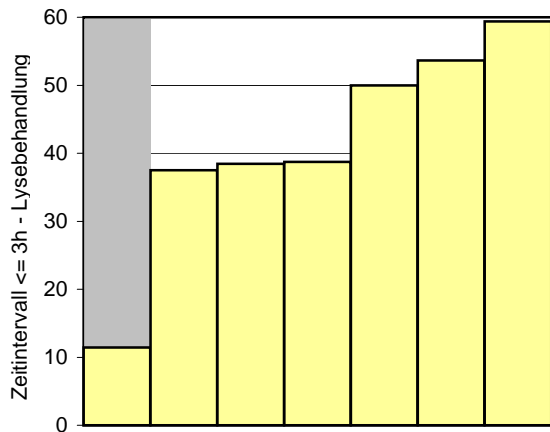
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83311]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 11,4% - 59,4%

Median der Abteilungswerte: 38,7%



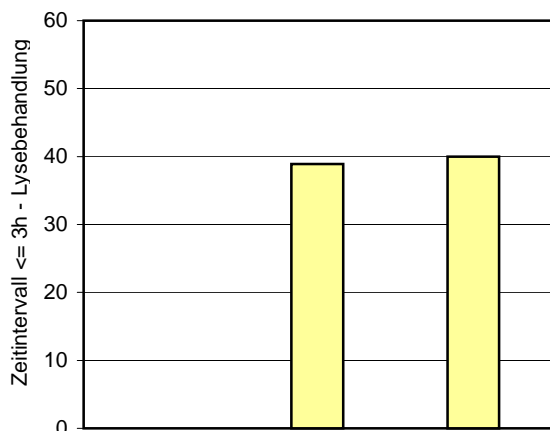
Abteilungen

7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 38,9%



Abteilungen

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

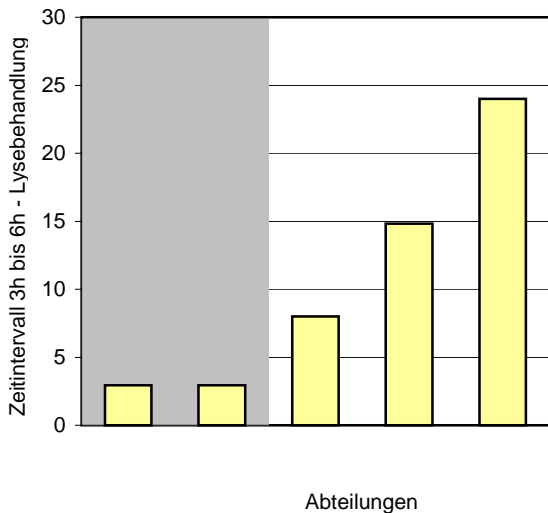
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83312]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 2,9% - 24,0%

Median der Abteilungswerte: 8,0%

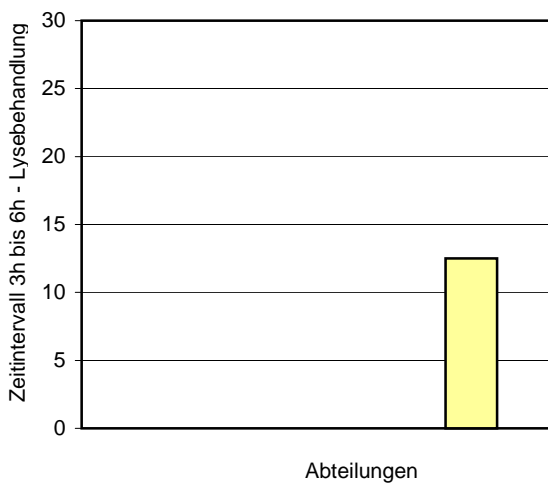


5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse				
<= 30 Minuten			27 / 113 23,9%	2 / 10 20,0%
<= 60 Minuten			96 / 113 85,0%	6 / 10 60,0%
Vertrauensbereich			77,0% - 91,0%	26,2% - 87,9%
Referenzbereich	>= 66%	>= 55%	>= 66%	>= 55%
> 30 - 60 Minuten			69 / 113 61,1%	4 / 10 40,0%
> 1 - 2 Stunden			13 / 113 11,5%	3 / 10 30,0%
> 2 - 3 Stunden			3 / 113 2,7%	1 / 10 10,0%
> 3 - 4 Stunden			1 / 113 0,9%	0 / 10 0,0%
> 4 - 6 Stunden			0 / 113 0,0%	0 / 10 0,0%
> 6 Stunden			0 / 113 0,0%	0 / 10 0,0%
keine Lyse durchgeführt			0 / 113 0,0%	0 / 10 0,0%

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

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

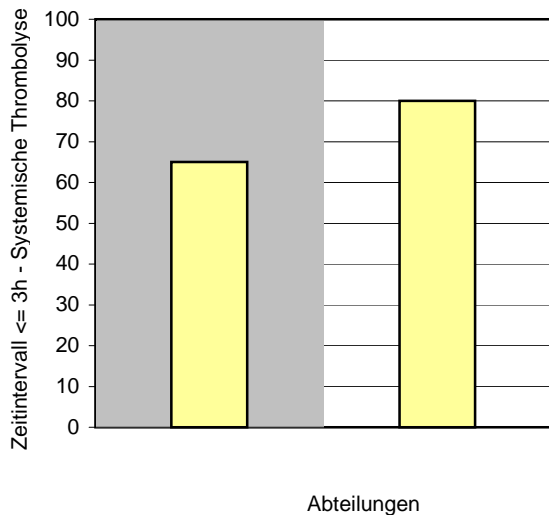
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83313]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 65,0% - 80,0%

Median der Abteilungswerte: 72,5%

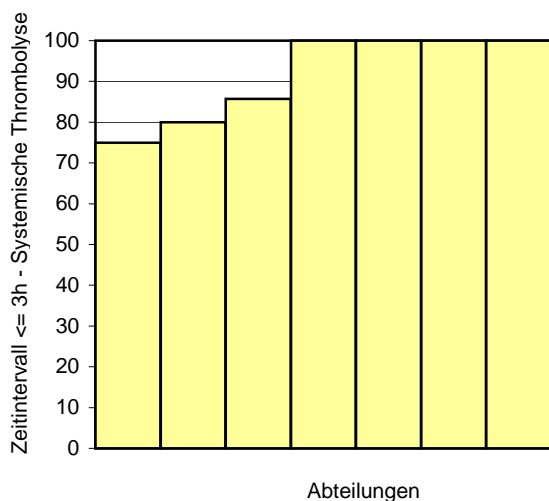


2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

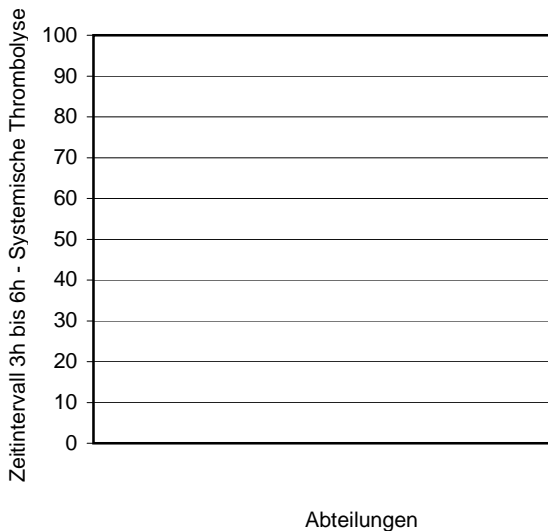
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83320]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

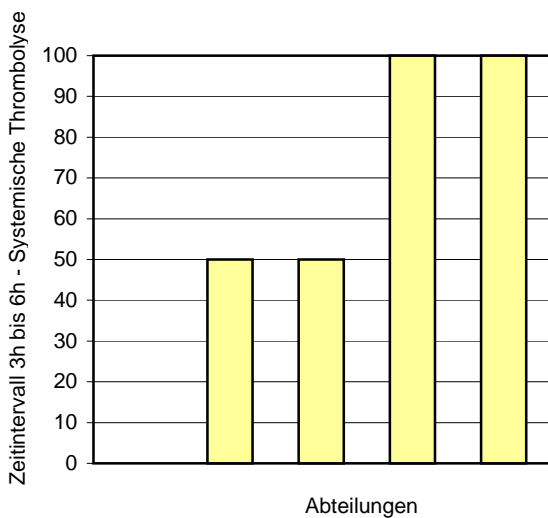


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 50,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


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


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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2010/apo_hh/83372

Referenzbereich: >= 25%

	Abteilung 2010 II. Qu.	Gesamt 2010 II. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		797 / 1.521 52,4%
Vertrauensbereich		49,9% - 54,9%
Referenzbereich	>= 25%	>= 25%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009 II. Qu.	Gesamt 2009 II. Qu.
	%	%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung		992 / 1.945 51,0%
Vertrauensbereich		48,8% - 53,2%

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					

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	179 11,8%	122 8,0%	95 6,2%	44 2,9%	20 1,3%	5 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	20 1,3%	72 4,7%	114 7,5%	76 5,0%	20 1,3%	6 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	4 0,3%	15 1,0%	97 6,4%	120 7,9%	36 2,4%	8 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	1 0,1%	2 0,1%	16 1,1%	65 4,3%	76 5,0%	7 0,5%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	1 0,1%	4 0,3%	5 0,3%	17 1,1%	49 3,2%	48 3,2%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	5 0,3%	4 0,3%	17 1,1%	86 5,7%
6 Tod	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	3 0,2%	13 0,9%	48 3,2%
Rankin bei Entlassung						

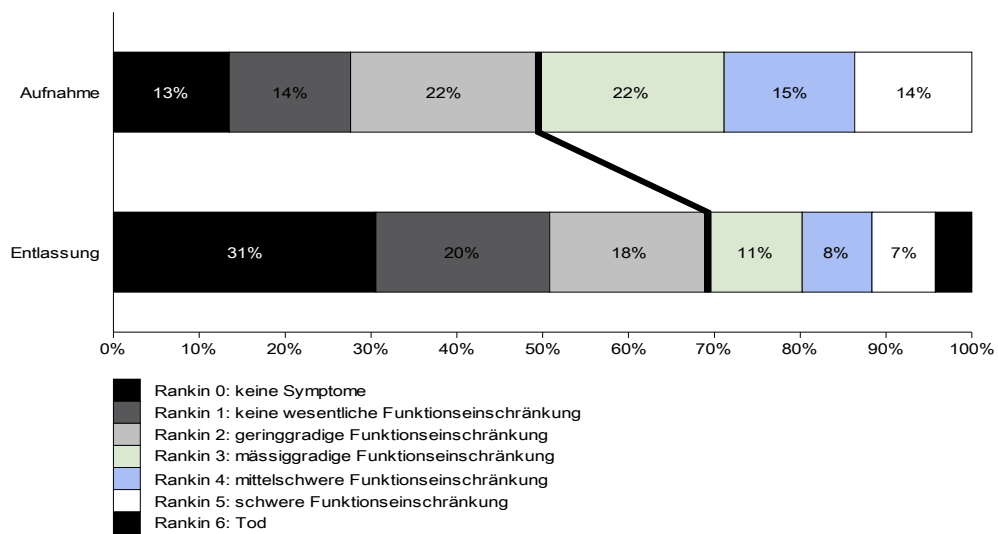
**Vorjahresdaten
Abteilung 2009 II. Qu.**

	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 2009 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	213 11,0%	162 8,3%	116 6,0%	45 2,3%	16 0,8%	2 0,1%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	12 0,6%	109 5,6%	143 7,4%	80 4,1%	21 1,1%	8 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	5 0,3%	8 0,4%	99 5,1%	166 8,5%	44 2,3%	7 0,4%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	2 0,1%	4 0,2%	9 0,5%	90 4,6%	97 5,0%	21 1,1%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	0 0,0%	8 0,4%	15 0,8%	92 4,7%	64 3,3%
5 schwere Funktionseinschränkung	0 0,0%	1 0,1%	2 0,1%	7 0,4%	22 1,1%	140 7,2%
6 Tod	1 0,1%	0 0,0%	2 0,1%	5 0,3%	17 0,9%	90 4,6%
Rankin bei Entlassung						

Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung

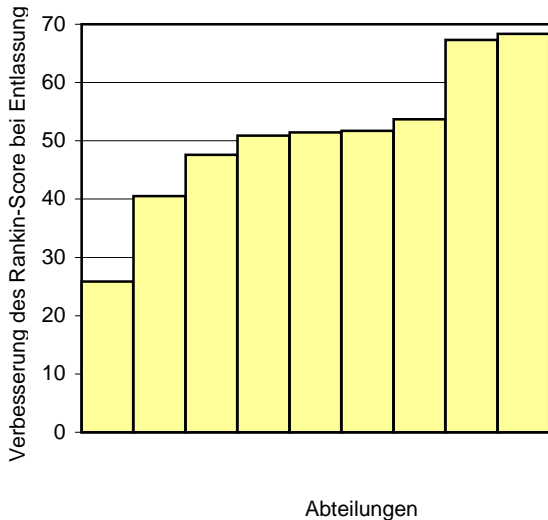


**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Kennzahl-ID 2010/apo_hh/83372]:
Anteil von Patienten mit klinischer Verbesserung des Rankin-Score bei Entlassung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 25,9% - 68,3%

Median der Abteilungswerte: 51,4%

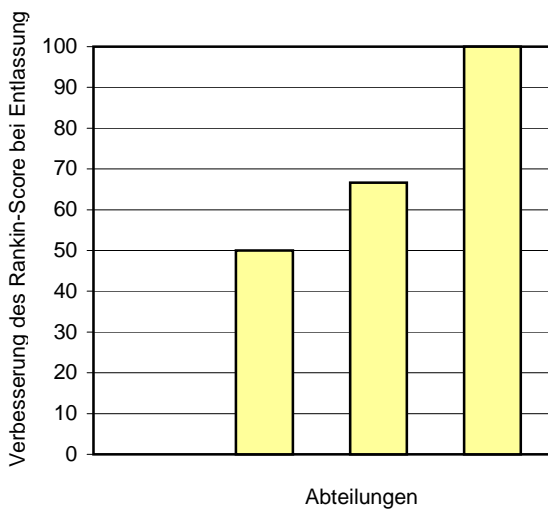


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 58,3%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Basisdaten

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			0	0,0	0	0,0
2. Quartal			1.767	100,0	2.424	100,0
3. Quartal			0	0,0	0	0,0
4. Quartal			0	0,0	0	0,0
Gesamt			1.767		2.424	

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

Patienten

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			1.521		1.945	
Median				75,0		75,0
Geschlecht						
männlich			757	49,8	952	48,9
weiblich			764	50,2	993	51,1

Aufnahme

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wochentag der Aufnahme						
Montag bis Freitag			1.157	76,1	1.497	77,0
Sonnabend oder Sonntag			364	23,9	448	23,0
Symptome bei der Aufnahme						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein, Fuß			781	51,3	1.028	52,9
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			732	48,1	917	47,1
Sprachstörung			374	24,6	519	26,7
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			1.112	73,1	1.426	73,3
Sprechstörung			514	33,8	713	36,7
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			971	63,8	1.232	63,3
Schluckstörung			276	18,1	396	20,4
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			1.201	79,0	1.549	79,6
Bewusstsein bei Aufnahme						
wach			1.414	93,0	1.736	89,3
somnolent-stuporös			83	5,5	157	8,1
komatös			24	1,6	52	2,7
Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme						
<= 1 Stunde ¹			122	8,0	-	-
> 1 - <= 2 Stunden ¹			192	12,6	-	-
> 2 - <= 3 Stunden			170	11,2	237	12,2
> 3 - <= 3,5 Stunden ¹			57	3,7	-	-
> 3,5 - <= 4 Stunden ¹			50	3,3	-	-
> 4 - <= 6 Stunden ¹			174	11,4	-	-
> 6 - <= 24 Stunden			343	22,6	507	26,1
> 24 - <= 48 Stunden			132	8,7	162	8,3
> 48 Stunden			172	11,3	206	10,6
unbekannt			99	6,5	111	5,7
wake up stroke ¹			10	0,7	-	-

¹ Schlüsselwert 2009 noch nicht im Datensatz

Diagnostik

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			1.433	94,2	1.795	92,3
Bildgebung-MRT nach Ereignis			818	53,8	1.087	55,9
FrISCHE Läsion in der Bildgebung			849	55,8	1.050	54,0
Schlucktest nach Protokoll			1.220	80,2	1.430	73,5
Dauer der Symptome						
< 1 Stunde			143	9,4	237	12,2
>= 1 - 24 Stunden			352	23,1	423	21,7
> 24 Stunden			1.026	67,5	1.285	66,1
Gefäßdiagnostik						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.432	94,1	1.799	92,5
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			1.414	93,0	1.763	90,6
Komorbiditäten						
Diabetes mellitus			333	21,9	387	19,9
früherer Schlaganfall			379	24,9	529	27,2
Vorhofflimmern			379	24,9	464	23,9
Komplikationen						
keine Komplikationen			1.324		1.641	
Pneumonie			101		135	
erhöhter Hirndruck			34		65	
andere Komplikationen			106		189	

Diagnose(n) ICD-10-GM 2010¹

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			1.001	65,8	1.207	62,1
TIA			437	28,7	616	31,7
ICB			83	5,5	122	6,3
unklar			0	0,0	0	0,0

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

Barthel-Index

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Blasenkontrolle <= 24 Stunden nach Aufnahme						
inkontinent			272	17,9	369	19,0
gelegentlicher Verlust			183	12,0	222	11,4
kontinent			1.066	70,1	1.354	69,6
Lagewechsel Bett-Stuhl <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			285	18,7	392	20,2
grosse Unterstützung			182	12,0	205	10,5
geringe Unterstützung			247	16,2	371	19,1
vollständig selbstständig			807	53,1	977	50,2
Fortbewegung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
vollständig abhängig			330	21,7	456	23,4
grosse Unterstützung			211	13,9	277	14,2
geringe Unterstützung			310	20,4	418	21,5
vollständig selbstständig			670	44,0	794	40,8
Blasenkontrolle bei Entlassung						
inkontinent			207	13,6	272	14,0
gelegentlicher Verlust			161	10,6	201	10,3
kontinent			1.088	71,5	1.357	69,8
Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung						
vollständig abhängig			138	9,1	197	10,1
grosse Unterstützung			110	7,2	160	8,2
geringe Unterstützung			158	10,4	226	11,6
vollständig selbstständig			1.050	69,0	1.247	64,1
Fortbewegung bei Entlassung						
vollständig abhängig			186	12,2	245	12,6
grosse Unterstützung			127	8,3	169	8,7
geringe Unterstützung			201	13,2	328	16,9
vollständig selbstständig			942	61,9	1.088	55,9

Rankin Skala

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung <= 24 Stunden nach Aufnahme						
Rankin 0			205	13,5	233	12,0
Rankin 1			215	14,1	284	14,6
Rankin 2			333	21,9	379	19,5
Rankin 3			329	21,6	408	21,0
Rankin 4			231	15,2	309	15,9
Rankin 5			208	13,7	332	17,1
Schweregrad der Behinderung bei Entlassung						
Rankin 0			465	30,6	554	28,5
Rankin 1			308	20,2	373	19,2
Rankin 2			280	18,4	329	16,9
Rankin 3			167	11,0	223	11,5
Rankin 4			124	8,2	179	9,2
Rankin 5			112	7,4	172	8,8
Tod			65	4,3	115	5,9

Rehabilitation

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Logopädie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			908	59,7	1.068	54,9
> Tag 2 nach Aufnahme			23	1,5	33	1,7
keine			590	38,8	844	43,4
Mobilisierung						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.364	89,7	1.718	88,3
> Tag 2 nach Aufnahme			55	3,6	61	3,1
keine			102	6,7	166	8,5
Physio-/Ergotherapie						
<= Tag 2 nach Aufnahme			1.201	79,0	1.550	79,7
> Tag 2 nach Aufnahme			45	3,0	50	2,6
keine			275	18,1	345	17,7

Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Antikoagulation (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			302	19,9	336	17,3
Beatmung			41	2,7	67	3,4
Thrombozyten- aggregationshemmer innerhalb von 48 Stunden			1.261	82,9	1.579	81,2
Thrombozyten- aggregationshemmer bei Entlassung			1.178	77,4	1.523	78,3
Thromboseprophylaxe			1.451	95,4	1.773	91,2

Entlassung

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention			1.505	98,9	1.906	98,0
Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten			1.192	78,4	1.430	73,5
Entlassungsart						
verstorben			65	4,3	115	5,9
nach Hause			858	56,4	1.062	54,6
Pflegeeinrichtung/Heim			113	7,4	154	7,9
andere Abteilung			66	4,3	85	4,4
externe (Akut)Klinik			25	1,6	47	2,4
Reha-Klinik			394	25,9	482	24,8
Liegezeit (in Tagen)						
Anzahl der Patienten			1.521	100,0	1.945	100,0
Mittelwert				8,6		9,8
Median				7,0		8,0

Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Thrombolyse						
Lyse i.v.			134	8,8	136	7,0
Lyse i.a.			14	0,9	10	0,5
Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie						
<= 30 Minuten			34	2,2	31	1,6
> 30 - <= 60 Minuten			83	5,5	84	4,3
> 1 - <= 2 Stunden			19	1,2	19	1,0
> 2 - <=3 Stunden			4	0,3	5	0,3
> 3 - <=4 Stunden ¹			2	0,1	-	-
> 4 - <= 6 Stunden ¹			1	0,1	-	-
> 6 Stunden			0	0,0	3	0,2
keine Lyse durchgeführt ¹			1.378	90,6	-	-
Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung						
<= 30 Minuten			517	34,0	350	18,0
> 30 - <= 60 Minuten			647	42,5	633	32,5
> 1 - <= 3 Stunden ¹			249	16,4	-	-
> 3 - <= 6 Stunden ¹			47	3,1	-	-
> 6 Stunden			20	1,3	22	1,1
1. Bildgebung vor Aufnahme			40	2,6	12	0,6
keine Bildgebung erfolgt ¹			1	0,1	-	-
Punktsumme der NIH Stroke Scale						
<= 2 (leicht)			789	51,9	622	32,0
3 - 8 (mittel)			465	30,6	413	21,2
9 - 20 (schwerwiegend)			208	13,7	208	10,7
> 20 (sehr schwerwiegend)			43	2,8	43	2,2
keine Angabe			0	0,0	640	32,9

¹ Schlüsselwert 2009 noch nicht im Datensatz

Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2010 II. Qu.		Gesamt 2010 II. Qu.		Gesamt 2009 II. Qu.	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Komorbiditäten						
Hypertonie			945	62,1	1.188	61,1
Hypercholesterinämie			562	36,9	613	31,5
keine Angabe			391	25,7	510	26,2
Sekundärprophylaxe						
Statine			721	47,4	811	41,7
Antihypertensiva			928	61,0	1.138	58,5
Antidiabetika			199	13,1	236	12,1
keine Angabe			414	27,2	531	27,3
Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses						
unabhängig zu Hause			912	60,0	1.075	55,3
Pflege zu Hause			106	7,0	179	9,2
Pflege in Institution			97	6,4	119	6,1
keine Angabe			406	26,7	572	29,4

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Vergleichsdatenpools 2010.

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

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2010 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2009 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle 'Vorjahresdaten' und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle 'Vorjahresdaten' und der Quartalsauswertung 2009 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2010 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

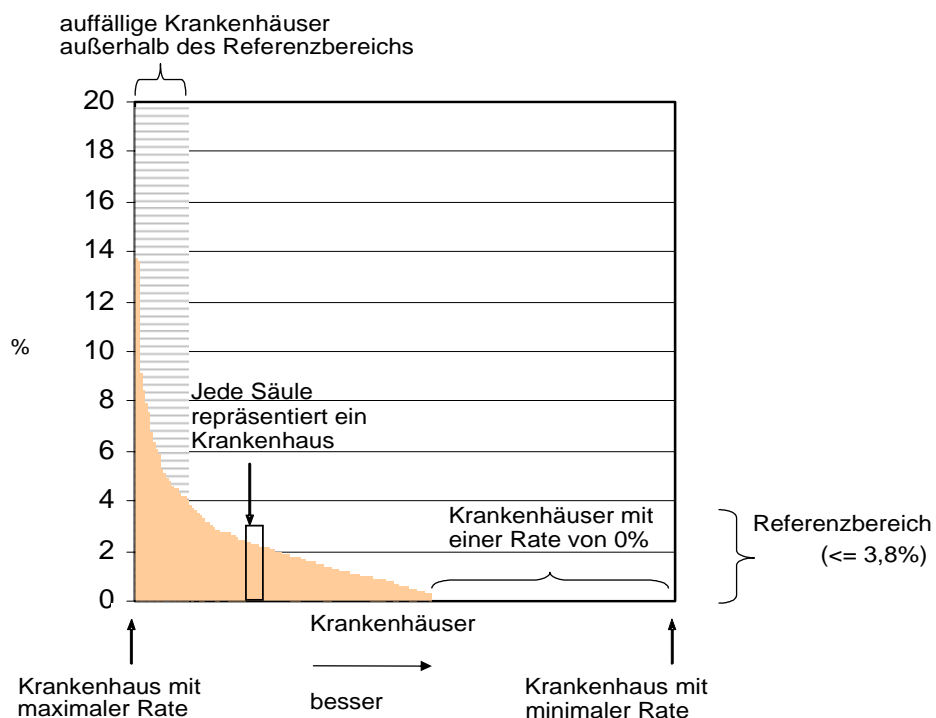
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Verhältnis

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

Vertrauensbereich

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

BQS-Institut / BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit

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

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