

# Jahresauswertung 2010 Projekt Schlaganfall

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Hamburg): 18  
Anzahl Datensätze Gesamt: 10.011  
Datensatzversion: apo\_hh 2010 2.0  
Datenbankstand: 03. Februar 2011  
2010 - D10201-L68455-P32170

**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](mailto:info-hh@bqs-institut.de)  
URL: [www.bqs-institut.de](http://www.bqs-institut.de)

## Grundgesamtheit

Die Berechnung der Grundgesamtheit für die Qualitätsindikatoren und die Basiskennzahlen in der Auswertung erfolgt für die Patienten, die im Jahr 2010 stationär aufgenommen wurden.

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 1: Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige)</b>			81,8%	>= 40%	1.1
<b>QI 2: Frühzeitige Rehabilitation</b> Physiotherapie/Ergotherapie			90,3%	>= 75%	1.3
<b>QI 3: Frühzeitige Rehabilitation</b> Logopädie			87,2%	>= 65%	1.5
<b>QI 4: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation <= 48 Stunden nach Ereignis			97,0%	>= 90%	1.7
<b>QI 5: Antithrombotische Therapie</b> Antiaggregation als Sekundärprophylaxe			95,6%	>= 90%	1.9
<b>QI 6: Antithrombotische Therapie</b> Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe			71,0%	>= 50%	1.11
<b>QI 7: Frühzeitige Mobilisierung</b>			86,0%	>= 66%	1.13
<b>QI 8: Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall</b>			99,8%	>= 95%	1.15

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 9: Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA</b>			96,0%	>= 90%	1.17
<b>QI 10: Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall</b>					
bei Patienten mit TIA			0,1%	<= 0,5%	1.19
bei Patienten mit Schlaganfall			3,4%	<= 4%	1.19
bei Patienten mit Blutung			16,1%	<= 30%	1.19
<b>QI 11: Screening für Schluckstörungen</b>			83,5%	>= 55%	1.24
<b>QI 12 (vollständig): Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus &lt;= 3 Stunden</b>			29,9%	>= 30%	1.26
<b>QI 13: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme</b>					
0 bis 3 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			89,2%	>= 55%	1.28
> 3 bis 6 Stunden und Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung <= 60 Minuten			81,3%	>= 55%	1.28
<b>QI 14: Thrombolyse</b>					
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h, NIHSS >= 4 und <= 25			61,7%	>= 25%	1.32
Lysebehandlung bei Patienten mit HI, Intervall Ereign. - Aufn. >= 3 - 6 h, NIHSS >= 4 und <= 25			17,4%	>= 3%	1.32

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 15: Systemische Thrombolyse</b>					
<b>door-to-needle-time</b>					
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. <= 3 h					
			86,7%	>= 66%	1.35
Intervall Aufn. - syst. Thrombolyse <= 60 Min bei Patienten mit HI,					
Intervall Ereign. - Aufn. 3 - 6 h					
			78,8%	>= 55%	1.35
<b>QI 16: Outcome - Verbesserung Rankin-Score</b>					
<b>Aufnahme versus Entlassung</b>					
			51,2%	>= 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		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich Referenzbereich			6.232 / 7.616	81,8% 80,9% - 82,7% >= 40%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Information des Patienten und des sozialen Umfeldes (Angehörige) Vertrauensbereich			5.495 / 7.366	74,6% 73,6% - 75,6%

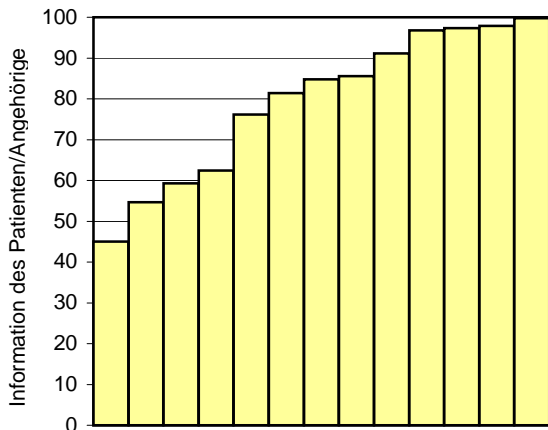
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83254]:**

**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: 45,0% - 99,7%

Median der Abteilungswerte: 84,8%



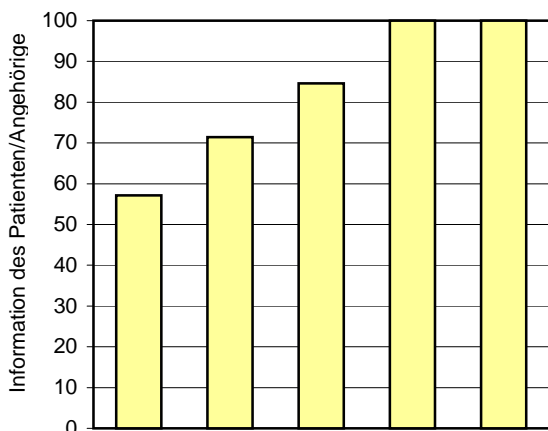
Abteilungen

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 84,6%



Abteilungen

5 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		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich Referenzbereich			2.601 / 2.881	90,3% 89,1% - 91,3% >= 75%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Physiotherapie/Ergotherapie Vertrauensbereich			2.652 / 2.954	89,8% 88,6% - 90,8%

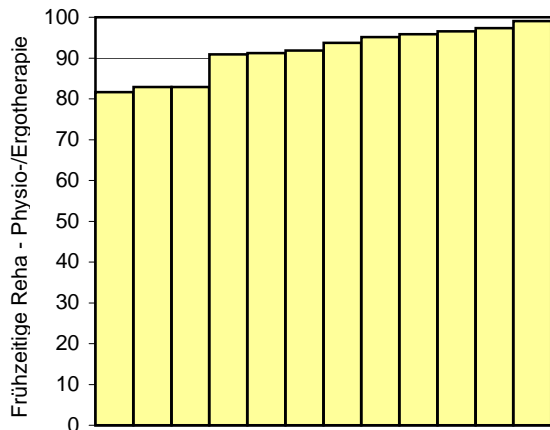
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83284]:**

**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: 81,6% - 99,1%

Median der Abteilungswerte: 92,8%



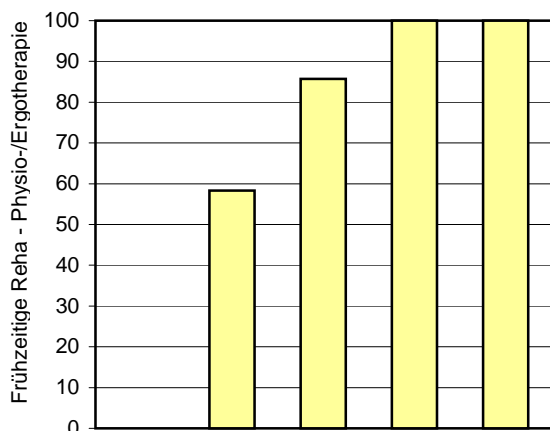
Abteilungen

12 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: 85,7%



Abteilungen

5 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		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			2.663 / 3.053	87,2%
Vertrauensbereich				86,0% - 88,4%
Referenzbereich		>= 65%		>= 65%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Rehabilitation Logopädie			2.541 / 3.081	82,5%
Vertrauensbereich				81,1% - 83,8%

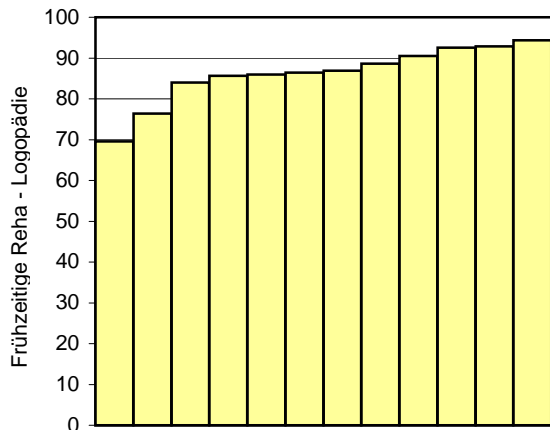
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83285]:**

**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: 69,6% - 94,4%

Median der Abteilungswerte: 86,7%



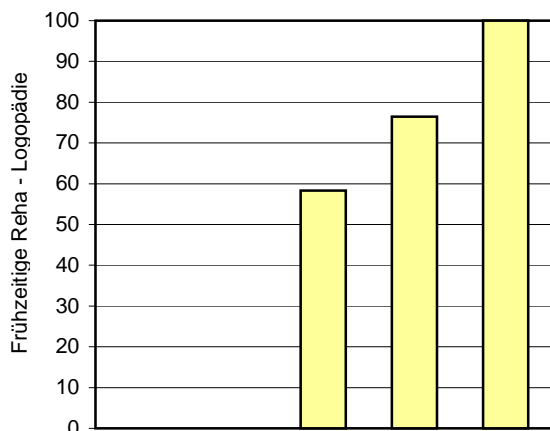
Abteilungen

12 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%



Abteilungen

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Abteilung hat 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		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis			4.478 / 4.617	97,0%
Vertrauensbereich				96,5% - 97,5%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

<sup>1</sup> Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

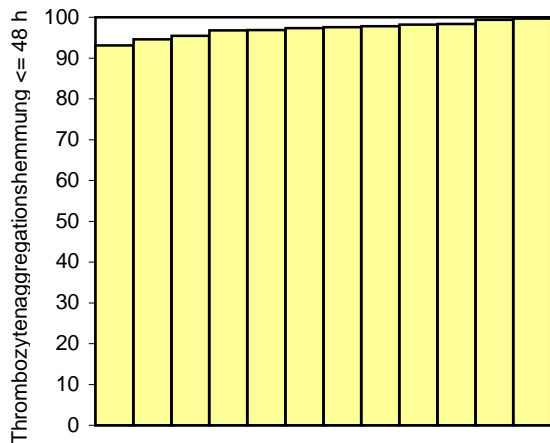
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83286]:**

**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: 93,1% - 99,7%

Median der Abteilungswerte: 97,5%



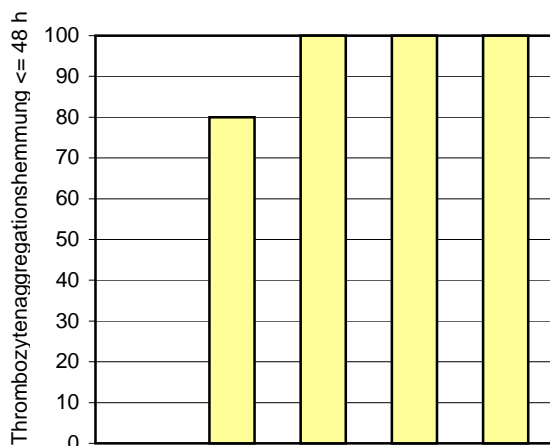
Abteilungen

12 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

5 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:** 2010/apo\_hh/83287

**Referenzbereich:** >= 90%

	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.712 / 5.976	95,6%
Vertrauensbereich				95,0% - 96,1%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung			5.656 / 5.903	95,8%
Vertrauensbereich				95,3% - 96,3%

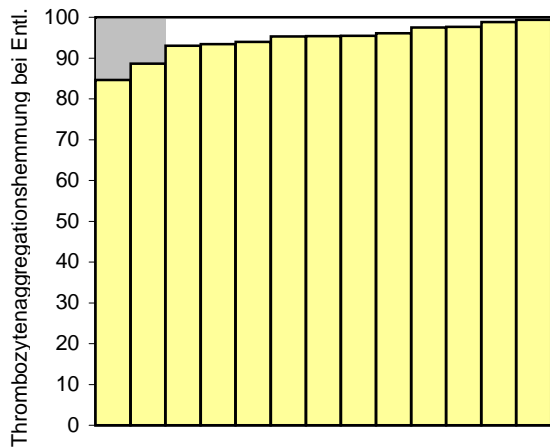
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83287]:**

**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: 84,6% - 99,4%

Median der Abteilungswerte: 95,4%



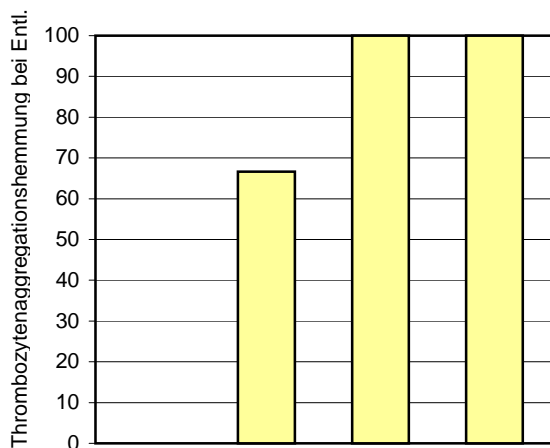
Abteilungen

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 83,3%



Abteilungen

4 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		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			833 / 1.174	71,0%
Vertrauensbereich				68,3% - 73,5%
Referenzbereich		>= 50%		>= 50%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung			664 / 988	67,2%
Vertrauensbereich				64,2% - 70,1%

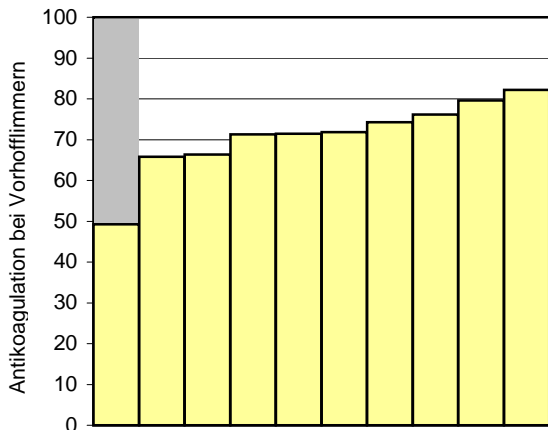
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83288]:**

**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: 49,3% - 82,2%

Median der Abteilungswerte: 71,6%



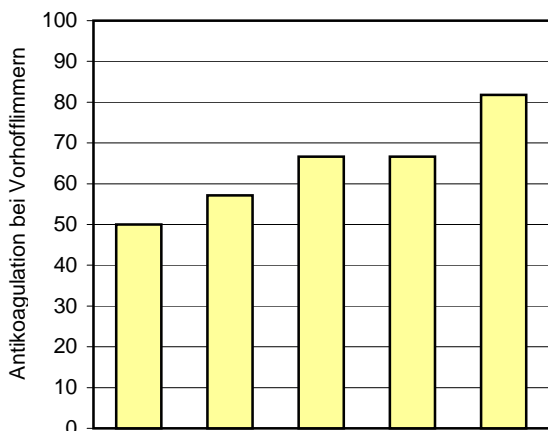
Abteilungen

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 50,0% - 81,8%

Median der Abteilungswerte: 66,7%



Abteilungen

5 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  $\leq 2$  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		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.238 / 3.765	86,0%
Vertrauensbereich				84,9% - 87,1%
Referenzbereich		$\geq 66\%$		$\geq 66\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit frühzeitiger Mobilisierung			3.229 / 3.789	85,2%
Vertrauensbereich				84,0% - 86,3%

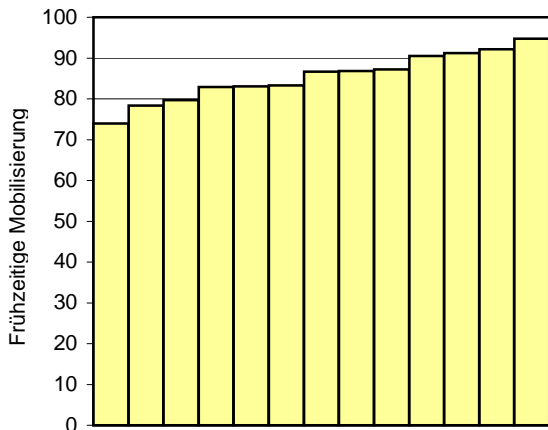
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83290]:**

**Anteil von Patienten mit Mobilisierung  $\leq$  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: 73,9% - 94,7%

Median der Abteilungswerte: 86,7%



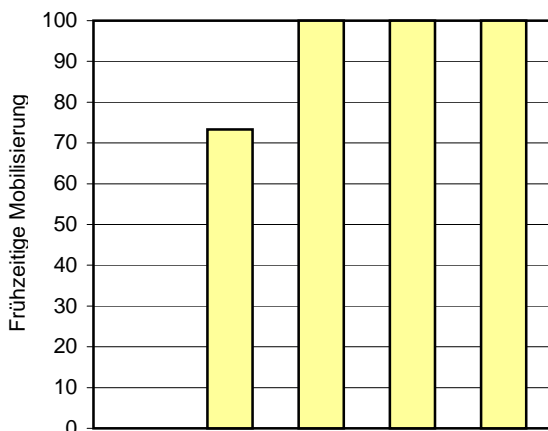
Abteilungen

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 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		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			7.998 / 8.016	99,8%
Vertrauensbereich				99,6% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall			7.770 / 7.795	99,7%
Vertrauensbereich				99,5% - 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: 97,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,9%



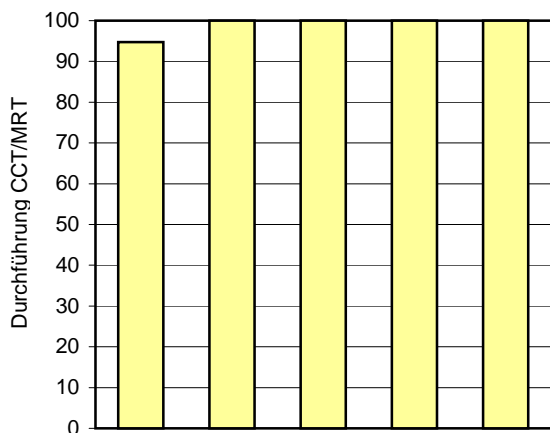
Abteilungen

13 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

5 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		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			7.240 / 7.539	96,0%
Vertrauensbereich				95,6% - 96,5%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA			7.005 / 7.292	96,1%
Vertrauensbereich				95,6% - 96,5%

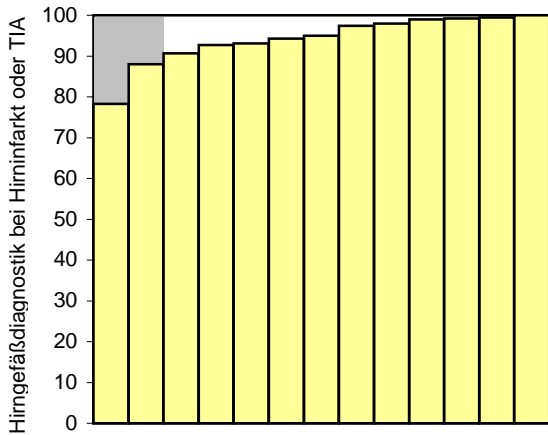
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83292]:**

**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: 78,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,0%



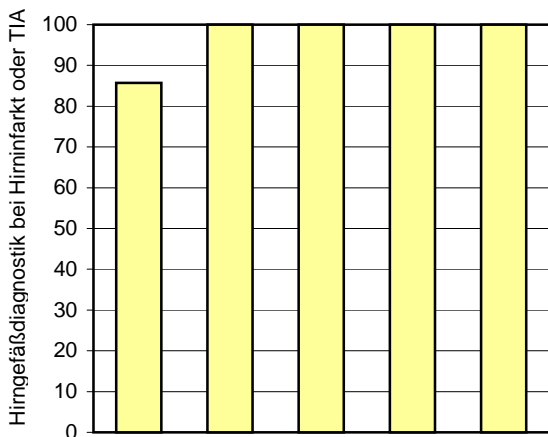
Abteilungen

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 85,7% - 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 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		
	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		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage	3 / 2.489 0,1%	174 / 5.050 3,4%	77 / 477 16,1%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,4%	3,0% - 4,0%	13,0% - 19,8%
Referenzbereich	<= 0,5%	<= 4%	<= 30%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009		
	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	■	■	■

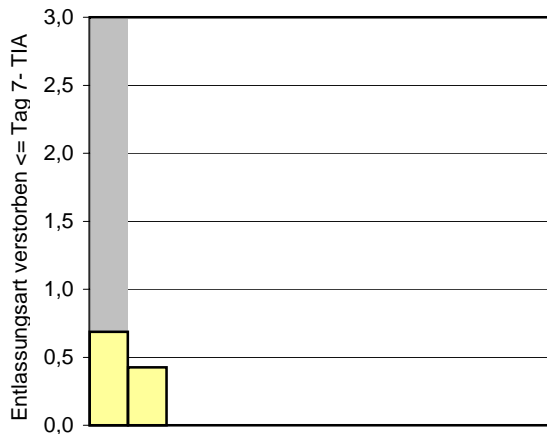
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten mit TIA	Gruppe 2 Alle Patienten mit Schlaganfall	Gruppe 3 Alle Patienten mit Blutung
Patienten mit Entlassungsart verstorben <= 7 Tage Vertrauensbereich	5 / 2.564 0,2% 0,1% - 0,5%	175 / 4.728 3,7% 3,2% - 4,3%	83 / 503 16,5% 13,4% - 20,0%

**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% - 0,7%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



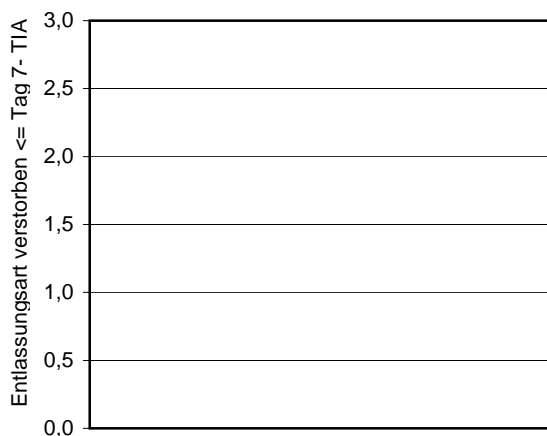
Abteilungen

12 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

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

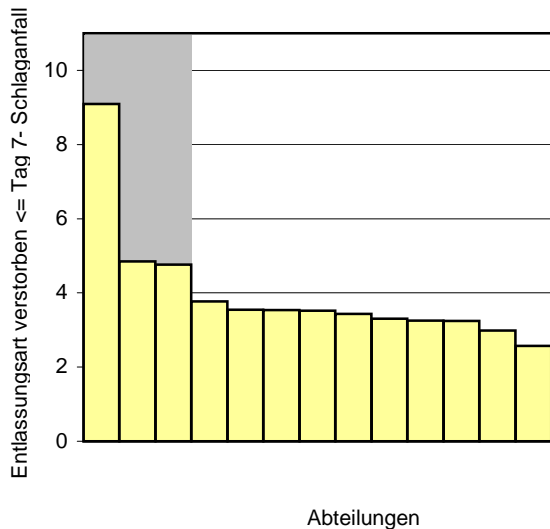
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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: 2,6% - 9,1%

Median der Abteilungswerte: 3,5%

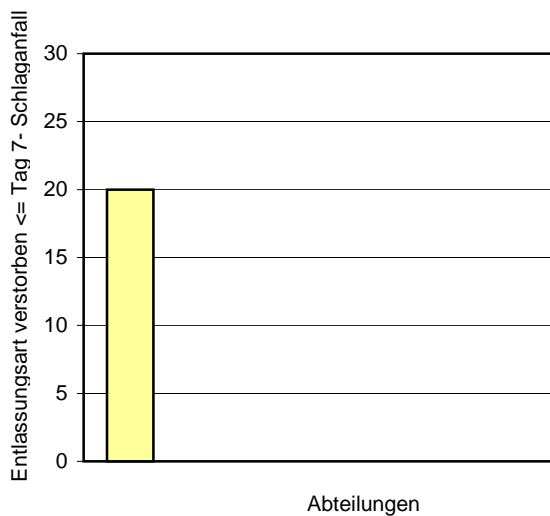


13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

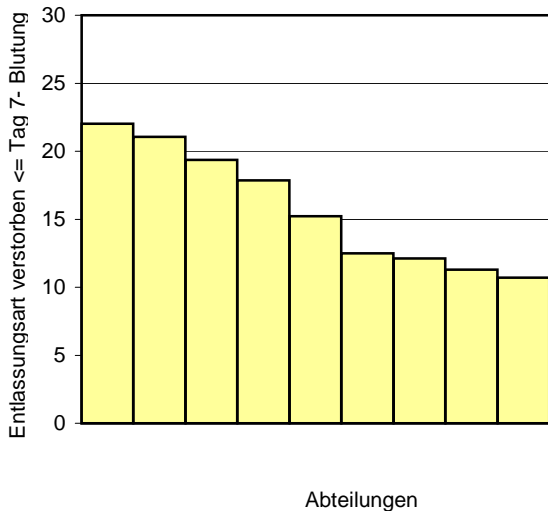
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**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: 10,7% - 22,0%

Median der Abteilungswerte: 15,2%

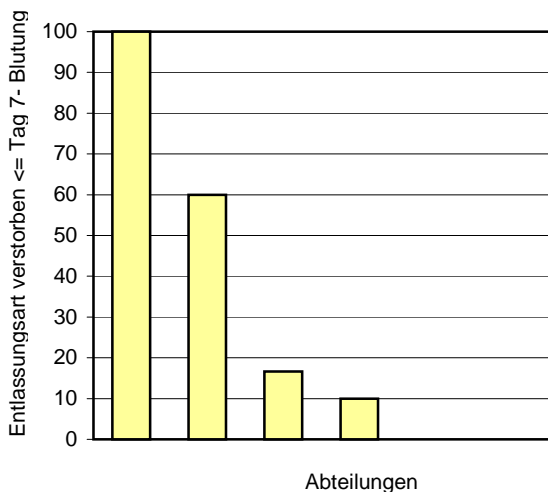


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 13,3%



6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 11: Screening für Schluckstörungen

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

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

**Kennzahl-ID:** 2010/apo\_hh/83294

**Referenzbereich:** >= 55%

	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			3.828 / 4.583	83,5%
Vertrauensbereich				82,4% - 84,6%
Referenzbereich		>= 55%		>= 55%

Vorjahresdaten	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schlucktest nach Protokoll			3.262 / 4.208	77,5%
Vertrauensbereich				76,2% - 78,8%

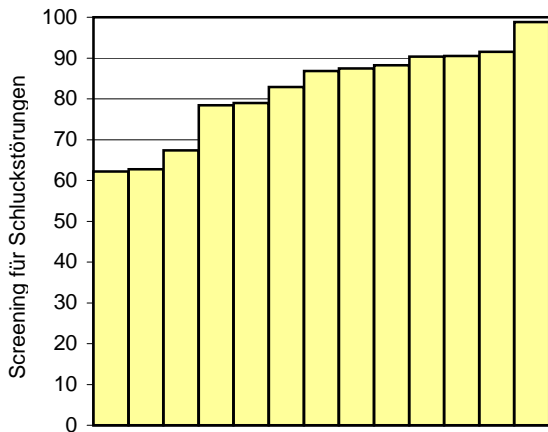
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83294]:**

**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: 62,2% - 98,8%

Median der Abteilungswerte: 86,8%



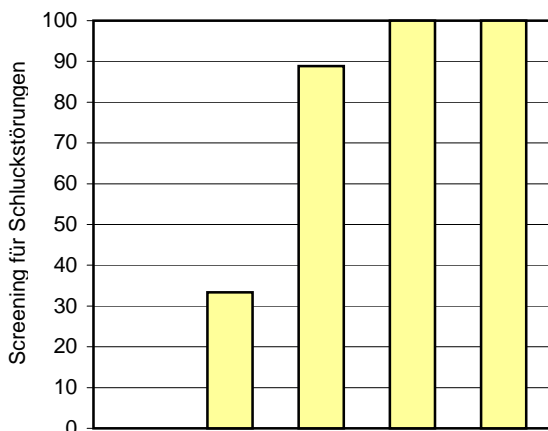
Abteilungen

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 88,9%



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		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 1 Stunde			569 / 8.016	7,1%
> 1 - <= 2 Stunden			982 / 8.016	12,3%
> 2 - <= 3 Stunden			845 / 8.016	10,5%
> 3 - <= 3,5 Stunden			335 / 8.016	4,2%
> 3,5 - <= 4 Stunden			281 / 8.016	3,5%
> 4 - <= 6 Stunden			817 / 8.016	10,2%
> 6 - <= 24 Stunden			1.747 / 8.016	21,8%
> 24 - <= 48 Stunden			642 / 8.016	8,0%
> 48 Stunden			904 / 8.016	11,3%
wake up stroke			339 / 8.016	4,2%
unbekannt			555 / 8.016	6,9%
<= 3 Stunden			2.396 / 8.016	29,9%
Vertrauensbereich				28,9% - 30,9%
Referenzbereich		>= 30%		>= 30%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<= 3 Stunden	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

<sup>1</sup> Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

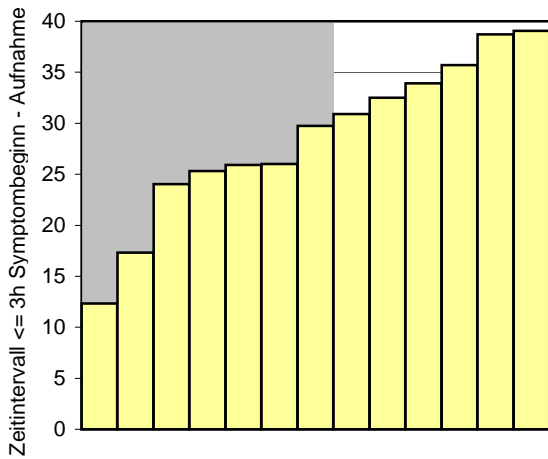
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83295]:**

**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: 12,3% - 39,1%

Median der Abteilungswerte: 29,7%



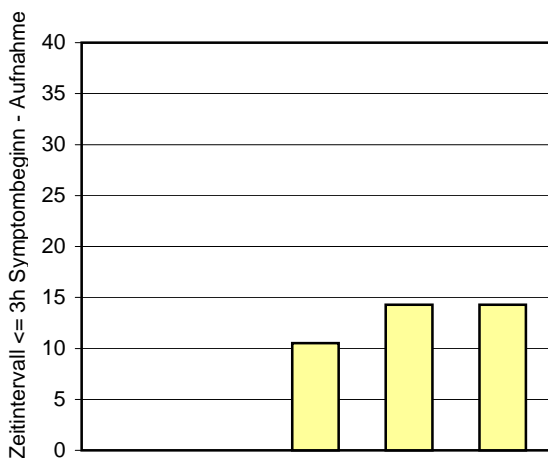
Abteilungen

13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 14,3%

Median der Abteilungswerte: 10,5%



Abteilungen

5 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**

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung	
<b>Grundgesamtheit:</b>	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)
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2010/apo_hh/83303
	Gruppe 2:	2010/apo_hh/83307
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 55%
	Gruppe 2:	>= 55%

	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>				
<= 30 Minuten			904 / 1.494 60,5%	338 / 882 38,3%
<= 60 Minuten			1.332 / 1.494 89,2%	717 / 882 81,3%
Vertrauensbereich			87,5% - 90,7%	78,6% - 83,8%
Referenzbereich	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%
> 30 - 60 Minuten			428 / 1.494 28,6%	379 / 882 43,0%
> 1 bis 3 Stunden			135 / 1.494 9,0%	118 / 882 13,4%
> 3 bis 6 Stunden			13 / 1.494 0,9%	24 / 882 2,7%
> 6 Stunden			11 / 1.494 0,7%	9 / 882 1,0%
1. Bildgebung vor Aufnahme			2 / 1.494 0,1%	14 / 882 1,6%
keine Bildgebung erfolgt			1 / 1.494 0,1%	0 / 882 0,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>				
<= 60 Minuten	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-

<sup>1</sup> Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

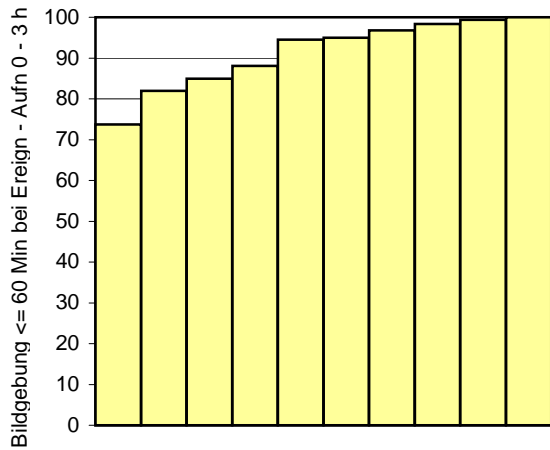
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13a, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83303]:**

**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: 73,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 94,8%



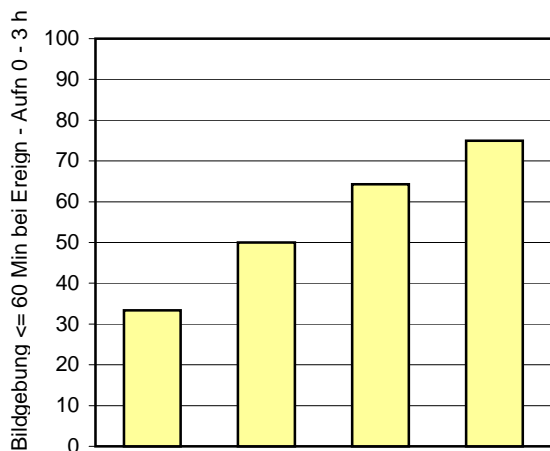
Abteilungen

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 33,3% - 75,0%

Median der Abteilungswerte: 57,1%



Abteilungen

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

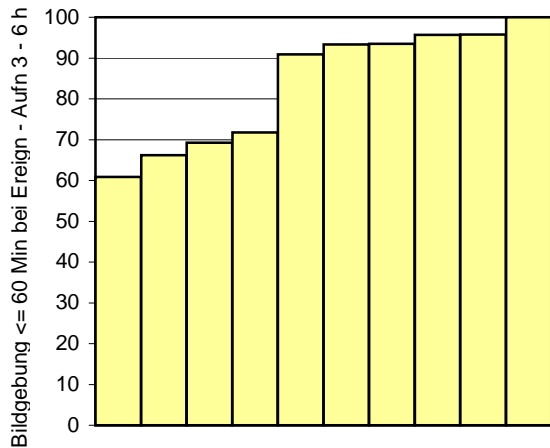
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13b, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83307]:**

**Anteil von Patienten mit Intervall Aufnahme - 1. Bildgebung  $\leq$  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: 60,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 92,1%



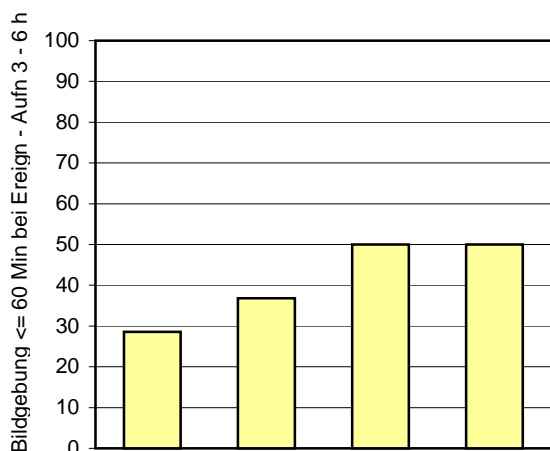
Abteilungen

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 28,6% - 50,0%

Median der Abteilungswerte: 43,4%



Abteilungen

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 14: Thrombolyserate

<b>Qualitätsziel:</b>	Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine systemische oder intraarterielle Lysebehandlung erhalten	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme bis 3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS $\geq 4$ und $\leq 25$ (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 $\geq 4$ und $\leq 25$ (Ausschluss: Patienten mit TIA)
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2010/apo_hh/83311
	Gruppe 2:	2010/apo_hh/83312
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	$\geq 25\%$
	Gruppe 2:	$\geq 3\%$

	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung			469 / 760	67 / 384
Vertrauensbereich			61,7%	17,4%
Referenzbereich	$\geq 25\%$	$\geq 3\%$	58,1% - 65,2%	13,8% - 21,6%
			$\geq 25\%$	$\geq 3\%$

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-

<sup>1</sup> Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

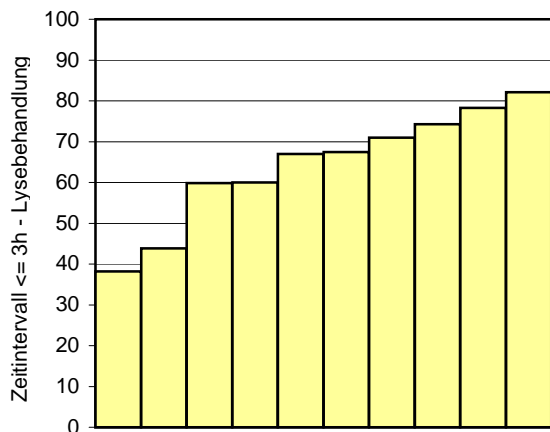
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14a, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83311]:**

**Anteil von Patienten mit systemischer oder intraarterieller Lysebehandlung an allen Patienten mit Hirninfarkt und Intervall Ereignis - Aufnahme  $\leq$  3 Stunden und ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse und NIHSS  $\geq$  4 und  $\leq$  25 (Ausschluss: Patienten mit TIA)**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 38,2% - 82,1%

Median der Abteilungswerte: 67,2%



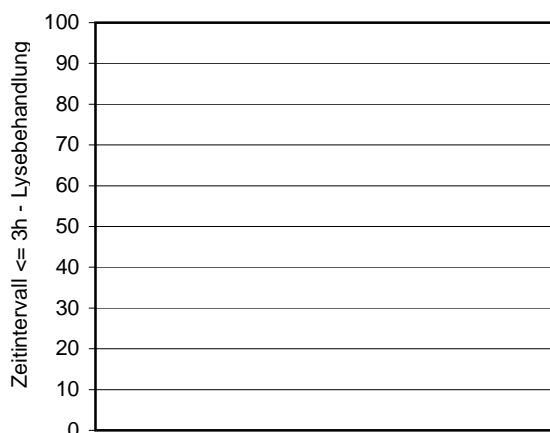
Abteilungen

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

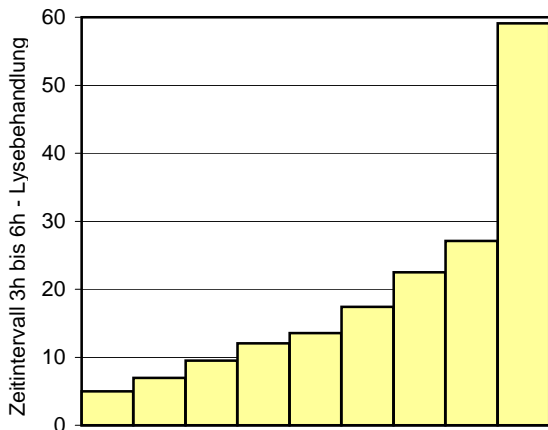
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14b, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83312]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 5,0% - 59,1%

Median der Abteilungswerte: 13,6%



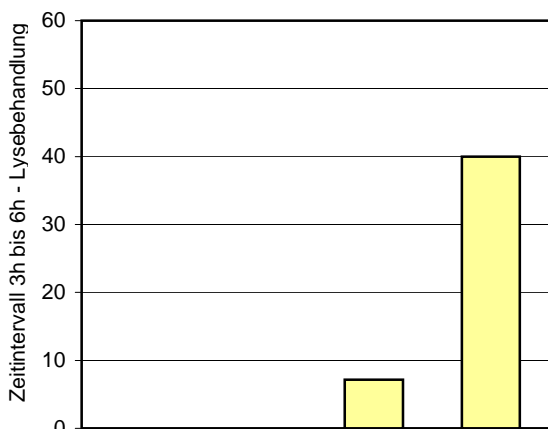
Abteilungen

9 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: 3,6%



Abteilungen

4 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

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse	
<b>Grundgesamtheit:</b>	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)
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2010/apo_hh/83313
	Gruppe 2:	2010/apo_hh/83320
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 66%
	Gruppe 2:	>= 55%

	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
<b>Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse</b>				
<= 30 Minuten			109 / 510 21,4%	12 / 66 18,2%
<= 60 Minuten			442 / 510 86,7%	52 / 66 78,8%
Vertrauensbereich			83,4% - 89,5%	66,9% - 87,9%
Referenzbereich	>= 66%	>= 55%	>= 66%	>= 55%
> 30 - 60 Minuten			333 / 510 65,3%	40 / 66 60,6%
> 1 - 2 Stunden			54 / 510 10,6%	11 / 66 16,7%
> 2 - 3 Stunden			9 / 510 1,8%	2 / 66 3,0%
> 3 - 4 Stunden			4 / 510 0,8%	1 / 66 1,5%
> 4 - 6 Stunden			1 / 510 0,2%	0 / 66 0,0%
> 6 Stunden			0 / 510 0,0%	0 / 66 0,0%
keine Lyse durchgeführt			0 / 510 0,0%	0 / 66 0,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
<b>Intervall zwischen Aufnahme und Beginn systemische Thrombolyse</b>				
<= 60 Minuten	-	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-	-

<sup>1</sup> Wegen geänderter Schlüsselwerte in 2010 können die Vorjahresergebnisse nicht berechnet werden.

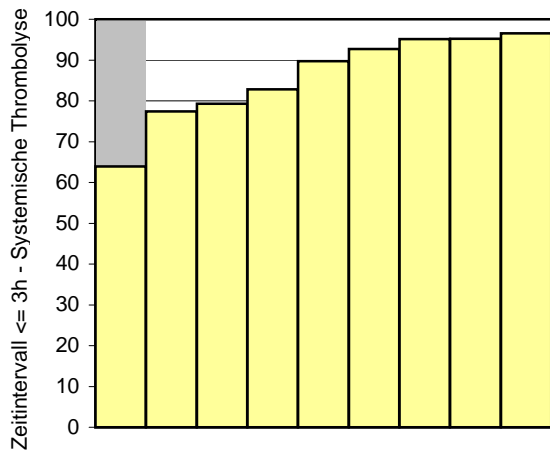
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15a, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83313]:**

**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: 63,9% - 96,6%

Median der Abteilungswerte: 89,7%



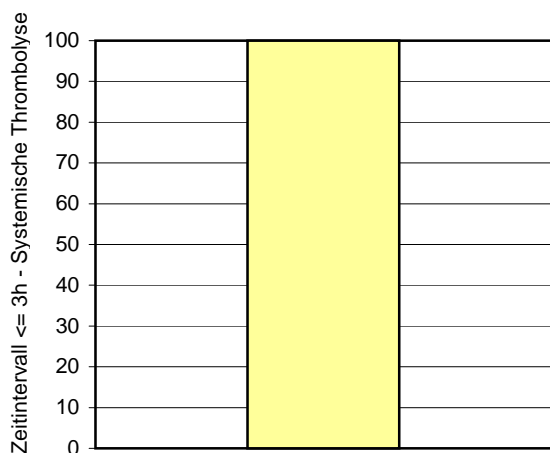
Abteilungen

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.

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

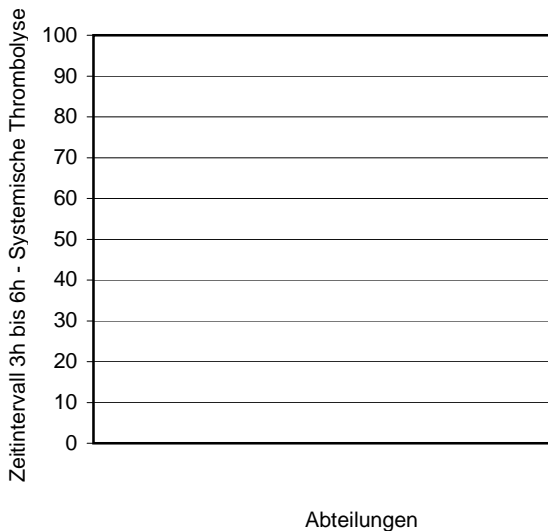
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 15b, Kennzahl-ID 2010/apo\_hh/83320]:**

**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

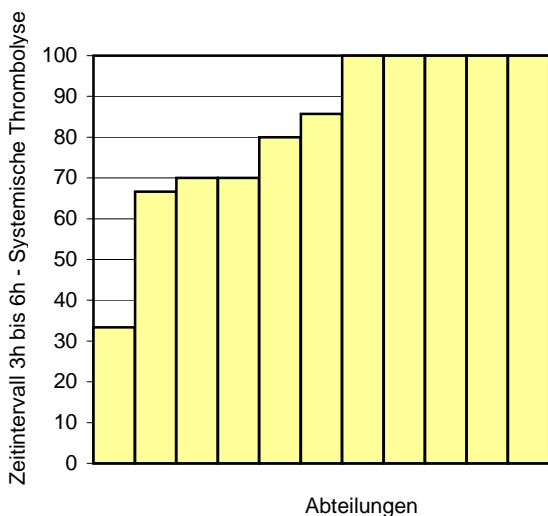


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 85,7%



11 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/apo\_hh/83372

**Referenzbereich:** >= 25%

	Abteilung 2010		Gesamt 2010	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			4.104 / 8.016	51,2%
Vertrauensbereich				50,1% - 52,3%
Referenzbereich		>= 25%		>= 25%

<b>Vorjahresdaten</b>	Abteilung 2009		Gesamt 2009	
		%		%
Anzahl Patienten mit einer Verbesserung im Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung			4.069 / 7.795	52,2%
Vertrauensbereich				51,1% - 53,3%

**Abteilung 2010**

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

**Gesamt 2010**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
<b>Rankin bei Aufnahme</b>						
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%	415 5,2%	623 7,8%	187 2,3%	43 0,5%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	6 0,1%	8 0,1%	67 0,8%	380 4,7%	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%	484 6,0%
6 Tod	2 0,0%	1 0,0%	13 0,2%	30 0,4%	49 0,6%	305 3,8%
<b>Rankin bei Entlassung</b>						

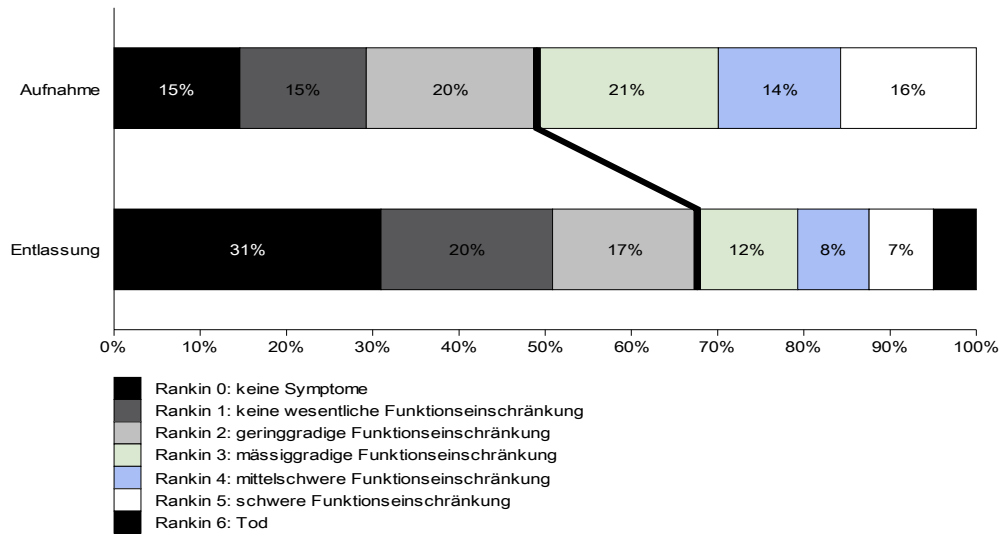
**Vorjahresdaten  
Abteilung 2009**

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

**Vorjahresdaten  
Gesamt 2009**

	0 keine Symptome	1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	2 geringgradige Funktionseinschränkung	3 mässiggradige Funktionseinschränkung	4 mittelschwere Funktionseinschränkung	5 schwere Funktionseinschränkung
<b>Rankin bei Aufnahme</b>						
0 keine Symptome	910 11,7%	652 8,4%	440 5,6%	204 2,6%	58 0,7%	21 0,3%
1 keine wesentliche Funktionseinschränkung	50 0,6%	417 5,3%	616 7,9%	315 4,0%	109 1,4%	30 0,4%
2 geringgradige Funktionseinschränkung	8 0,1%	46 0,6%	391 5,0%	645 8,3%	180 2,3%	46 0,6%
3 mässiggradige Funktionseinschränkung	6 0,1%	18 0,2%	64 0,8%	372 4,8%	394 5,1%	91 1,2%
4 mittelschwere Funktionseinschränkung	2 0,0%	4 0,1%	23 0,3%	47 0,6%	328 4,2%	268 3,4%
5 schwere Funktionseinschränkung	1 0,0%	4 0,1%	8 0,1%	24 0,3%	63 0,8%	511 6,6%
6 Tod	1 0,0%	3 0,0%	15 0,2%	29 0,4%	51 0,7%	330 4,2%
<b>Rankin bei Entlassung</b>						

### Veränderung des Rankin-Score zwischen Aufnahme und Entlassung



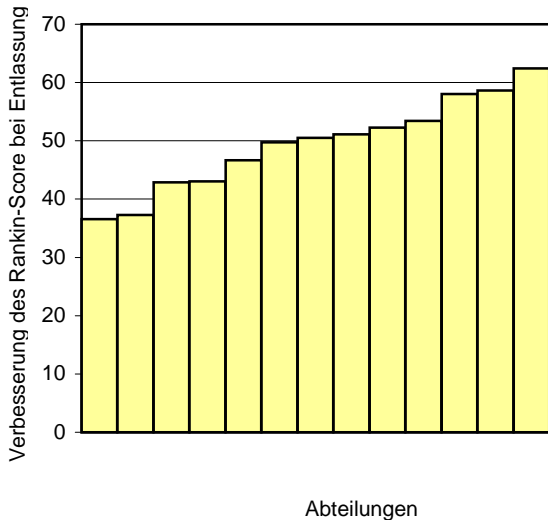
Beträgt der Prozentsatz für ein Rankin weniger als 5%, so wird dieser Wert nicht in dem Balken der Grafik dargestellt.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 16, Kennzahl-ID 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: 36,5% - 62,4%

Median der Abteilungswerte: 50,5%

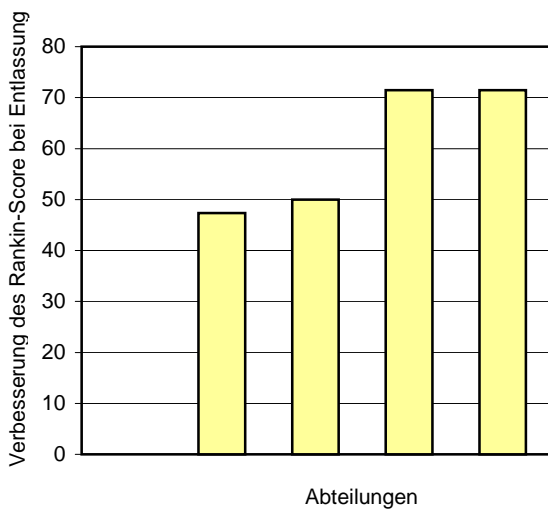


13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 71,4%

Median der Abteilungswerte: 50,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Basisdaten

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			2.561	25,6	2.510	26,6
2. Quartal			2.608	26,1	2.424	25,7
3. Quartal			2.485	24,8	2.321	24,6
4. Quartal			2.357	23,5	2.183	23,1
Gesamt			10.011		9.438	

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

## Patienten

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Alter (Jahre)</b>						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			8.016		7.795	
Median				75,0		75,0
<b>Geschlecht</b>						
männlich			3.896	48,6	3.732	47,9
weiblich			4.120	51,4	4.063	52,1

## Aufnahme

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wochentag der Aufnahme</b>						
Montag bis Freitag			6.184	77,1	6.021	77,2
Sonnabend oder Sonntag			1.832	22,9	1.774	22,8
<b>Symptome bei der Aufnahme</b>						
Motorische Ausfälle an Arm, Hand und/oder Bein, Fuß			4.106	51,2	4.156	53,3
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			3.831	47,8	3.639	46,7
Sprachstörung			1.976	24,7	2.001	25,7
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			5.851	73,0	5.794	74,3
Sprechstörung			2.666	33,3	2.729	35,0
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			5.111	63,8	5.066	65,0
Schluckstörung			1.527	19,0	1.547	19,8
Beurteilung nicht möglich oder unbekannt			6.255	78,0	6.248	80,2
<b>Bewusstsein bei Aufnahme</b>						
wach			7.322	91,3	7.046	90,4
somnolent-stuporös			554	6,9	596	7,6
komatös			140	1,7	153	2,0
<b>Intervall zwischen Schlaganfallereignis und Aufnahme</b>						
<= 1 Stunde <sup>1</sup>			569	7,1	-	-
> 1 - <= 2 Stunden <sup>1</sup>			982	12,3	-	-
> 2 - <= 3 Stunden			845	10,5	1.000	12,8
> 3 - <= 3,5 Stunden <sup>1</sup>			335	4,2	-	-
> 3,5 - <= 4 Stunden <sup>1</sup>			281	3,5	-	-
> 4 - <= 6 Stunden <sup>1</sup>			817	10,2	-	-
> 6 - <= 24 Stunden			1.747	21,8	1.982	25,4
> 24 - <= 48 Stunden			642	8,0	578	7,4
> 48 Stunden			904	11,3	868	11,1
unbekannt			555	6,9	530	6,8
wake up stroke <sup>1</sup>			339	4,2	-	-

<sup>1</sup> Schlüsselwert 2009 noch nicht im Datensatz

## Diagnostik

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Durchgeführte Diagnostik nach dem Schlaganfallereignis</b>						
Bildgebung-CCT nach Ereignis			7.498	93,5	7.163	91,9
Bildgebung-MRT nach Ereignis			4.761	59,4	4.452	57,1
Frische Läsion in der Bildgebung			4.487	56,0	4.290	55,0
Schlucktest nach Protokoll			6.304	78,6	5.548	71,2
<b>Dauer der Symptome</b>						
< 1 Stunde			821	10,2	973	12,5
>= 1 - 24 Stunden			1.961	24,5	1.774	22,8
> 24 Stunden			5.234	65,3	5.048	64,8
<b>Gefäßdiagnostik</b>						
Extrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			7.488	93,4	7.260	93,1
Intrakranielle Gefäßdiagnostik nach Ereignis			7.346	91,6	7.102	91,1
<b>Komorbiditäten</b>						
Diabetes mellitus			1.700	21,2	1.601	20,5
früherer Schlaganfall			2.205	27,5	2.136	27,4
Vorhofflimmern			2.040	25,4	1.909	24,5
<b>Komplikationen</b>						
keine Komplikationen			6.834		6.622	
Pneumonie			536		501	
erhöhter Hirndruck			201		255	
andere Komplikationen			723		733	

## Diagnose(n) ICD-10-GM 2010<sup>1</sup>

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
HI			5.050	63,0	4.728	60,7
TIA			2.489	31,1	2.564	32,9
ICB			477	6,0	503	6,5
unklar			0	0,0	0	0,0

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

## Barthel-Index

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Blasenkontrolle &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
inkontinent			1.455	18,2	1.453	18,6
gelegentlicher Verlust			1.011	12,6	936	12,0
kontinent			5.550	69,2	5.406	69,4
<b>Lagewechsel Bett-Stuhl &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
vollständig abhängig			1.570	19,6	1.549	19,9
grosse Unterstützung			870	10,9	867	11,1
geringe Unterstützung			1.329	16,6	1.374	17,6
vollständig selbstständig			4.247	53,0	4.005	51,4
<b>Fortbewegung &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
vollständig abhängig			1.823	22,7	1.782	22,9
grosse Unterstützung			1.046	13,0	1.062	13,6
geringe Unterstützung			1.602	20,0	1.673	21,5
vollständig selbstständig			3.545	44,2	3.278	42,1
<b>Blasenkontrolle bei Entlassung</b>						
inkontinent			998	12,5	995	12,8
gelegentlicher Verlust			884	11,0	845	10,8
kontinent			5.734	71,5	5.526	70,9
<b>Lagewechsel Bett-Stuhl bei Entlassung</b>						
vollständig abhängig			731	9,1	702	9,0
grosse Unterstützung			571	7,1	584	7,5
geringe Unterstützung			897	11,2	911	11,7
vollständig selbstständig			5.417	67,6	5.169	66,3
<b>Fortbewegung bei Entlassung</b>						
vollständig abhängig			948	11,8	897	11,5
grosse Unterstützung			654	8,2	685	8,8
geringe Unterstützung			1.161	14,5	1.226	15,7
vollständig selbstständig			4.853	60,5	4.558	58,5

## Rankin Skala

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schweregrad der Behinderung &lt;= 24 Stunden nach Aufnahme</b>						
Rankin 0			1.170	14,6	978	12,5
Rankin 1			1.175	14,7	1.144	14,7
Rankin 2			1.585	19,8	1.557	20,0
Rankin 3			1.687	21,0	1.636	21,0
Rankin 4			1.136	14,2	1.183	15,2
Rankin 5			1.263	15,8	1.297	16,6
<b>Schweregrad der Behinderung bei Entlassung</b>						
Rankin 0			2.482	31,0	2.285	29,3
Rankin 1			1.595	19,9	1.537	19,7
Rankin 2			1.346	16,8	1.316	16,9
Rankin 3			932	11,6	945	12,1
Rankin 4			665	8,3	672	8,6
Rankin 5			596	7,4	611	7,8
Tod			400	5,0	429	5,5

## Rehabilitation

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Logopädie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			4.893	61,0	4.303	55,2
> Tag 2 nach Aufnahme			134	1,7	148	1,9
keine			2.989	37,3	3.344	42,9
<b>Mobilisierung</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			7.113	88,7	6.913	88,7
> Tag 2 nach Aufnahme			278	3,5	267	3,4
keine			625	7,8	615	7,9
<b>Physio-/Ergotherapie</b>						
<= Tag 2 nach Aufnahme			6.307	78,7	6.072	77,9
> Tag 2 nach Aufnahme			229	2,9	195	2,5
keine			1.480	18,5	1.528	19,6

## Therapie/Sekundärprophylaxe

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Antikoagulation</b> (Heparin, Marcumar) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief			1.585	19,8	1.408	18,1
<b>Beatmung</b>			216	2,7	234	3,0
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b> innerhalb von 48 Stunden			6.571	82,0	6.351	81,5
<b>Thrombozyten- aggregationshemmer</b> bei Entlassung			6.193	77,3	6.084	78,1
<b>Thromboseprophylaxe</b>			7.541	94,1	7.216	92,6

## Entlassung

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Informationen für Patienten/Angehörige durch den Arzt zum Krankheitsverlauf/ Prävention</b>			7.900	98,6	7.685	98,6
<b>Informationen für Patienten/Angehörige durch Sozial-/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten</b>			6.495	81,0	5.741	73,6
<b>Entlassungsart</b>						
verstorben			400	5,0	429	5,5
nach Hause			4.449	55,5	4.269	54,8
Pflegeeinrichtung/Heim			562	7,0	599	7,7
andere Abteilung			342	4,3	362	4,6
externe (Akut)Klinik			168	2,1	183	2,3
Reha-Klinik			2.095	26,1	1.953	25,1
<b>Liegezeit (in Tagen)</b>						
Anzahl der Patienten			8.016	100,0	7.795	100,0
Mittelwert				9,0		9,4
Median				7,0		7,0

## Lysetherapie

Für Kliniken mit struktureller Voraussetzung für Durchführung Thrombolyse

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombolyse</b>						
Lyse i.v.			635	7,9	604	7,7
Lyse i.a.			62	0,8	48	0,6
<b>Intervall zwischen Aufnahme und dem Beginn der Lysetherapie</b>						
<= 30 Minuten			133	1,7	103	1,3
> 30 - <= 60 Minuten			420	5,2	406	5,2
> 1 - <= 2 Stunden			85	1,1	97	1,2
> 2 - <=3 Stunden			15	0,2	19	0,2
> 3 - <=4 Stunden <sup>1</sup>			9	0,1	-	-
> 4 - <= 6 Stunden <sup>1</sup>			2	0,0	-	-
> 6 Stunden			3	0,0	7	0,1
keine Lyse durchgeführt <sup>1</sup>			7.349	91,7	-	-
<b>Intervall zwischen Aufnahme und 1. Bildgebung</b>						
<= 30 Minuten			2.678	33,4	1.439	18,5
> 30 - <= 60 Minuten			3.310	41,3	2.521	32,3
> 1 - <= 3 Stunden <sup>1</sup>			1.381	17,2	-	-
> 3 - <= 6 Stunden <sup>1</sup>			243	3,0	-	-
> 6 Stunden			168	2,1	127	1,6
1. Bildgebung vor Aufnahme			218	2,7	92	1,2
keine Bildgebung erfolgt <sup>1</sup>			18	0,2	-	-
<b>Punktsumme der NIH Stroke Scale</b>						
<= 2 (leicht)			4.062	50,7	2.595	33,3
3 - 8 (mittel)			2.483	31,0	1.712	22,0
9 - 20 (schwerwiegend)			1.105	13,8	757	9,7
> 20 (sehr schwerwiegend)			262	3,3	161	2,1
keine Angabe			0	0,0	2.487	31,9

<sup>1</sup> Schlüsselwert 2009 noch nicht im Datensatz

## Follow-up

Für Kliniken, die eine Nachbefragung der Patienten durchführen

	Abteilung 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Komorbiditäten</b>						
Hypertonie			4.988	62,2	4.712	60,4
Hypercholesterinämie			2.955	36,9	2.452	31,5
keine Angabe			2.005	25,0	2.181	28,0
<b>Sekundärprophylaxe</b>						
Statine			3.834	47,8	3.199	41,0
Antihypertensiva			4.863	60,7	4.543	58,3
Antidiabetika			1.055	13,2	944	12,1
keine Angabe			2.101	26,2	2.264	29,0
<b>Versorgungssituation vor dem Auftreten des Schlaganfallereignisses</b>						
unabhängig zu Hause			4.811	60,0	4.385	56,3
Pflege zu Hause			634	7,9	608	7,8
Pflege in Institution			571	7,1	475	6,1
keine Angabe			2.000	25,0	2.327	29,9

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

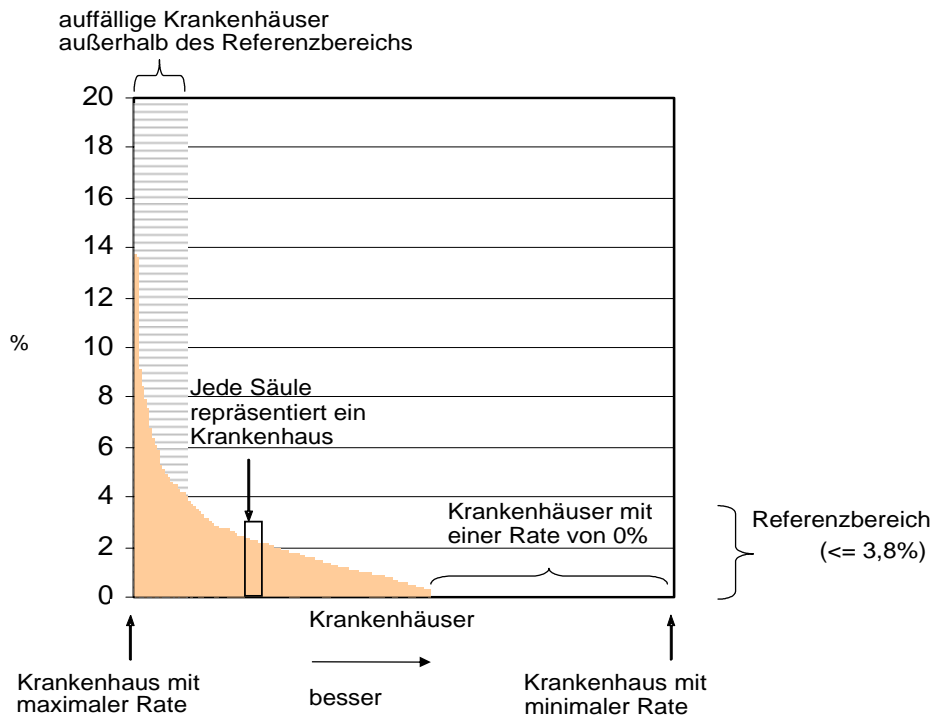
Was unter einem 'Fall' zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem 'Patienten' z.B. auch eine 'Operation' oder eine 'Intervention' gemeint sein.

### 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