



**Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universität Münster**

In Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher
Schlaganfall-Register (ADSR)

Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Jahresauswertung 2022

Zentrum 220

Asklepios Fachklinikum Teupitz

Teupitz

Leseanleitung

1. Allgemeine Hinweise

Dieser Bericht schließt alle Patienten ein, die zwischen dem 01.01. und 31.12.2022 stationär aufgenommen wurden. Die Ergebnisdarstellung ist strikt gegliedert, eine Inhaltsübersicht finden Sie auf Seite 3.

Die Ergebnisse Ihrer Klinik oder Abteilung werden in der Spalte "eigene Klinik" präsentiert. Zum Vergleich werden die Ergebnisse aller dokumentierten Patienten im gesamten Projekt Nordwestdeutschland in der Spalte "Gesamtprojekt" berichtet. Die Analysen werden überwiegend getrennt für Kliniken oder Abteilungen mit zertifizierter Stroke Unit (Spalte "mit zert. SU") sowie für Kliniken oder Abteilungen ohne zertifizierte Stroke Unit (Spalte "ohne zert. SU") analysiert (bezogen auf Stroke Units, die nach den gemeinsamen Verfahren der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe zertifiziert sind). Bitte beachten Sie hierbei, dass diese Aufteilung nicht mit der Behandlung oder Nicht-Behandlung auf einer Stroke Unit gleichbedeutend ist, sondern alle Patienten beinhaltet, die in einer Einrichtung dokumentiert wurden, an der eine bzw. keine zertifizierte Stroke Unit angesiedelt ist. Diese Einteilung erfolgt auf Basis unserer Abfrage der Strukturinformationen und wird regelmäßig aktualisiert.

2. Qualitätsindikatoren (QI)

Die Qualitätsindikatoren wurden im Rahmen eines knapp zweijährigen Prozesses durch einen multidisziplinär besetzten Expertenkreis unter Koordination der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR) entwickelt. Der Prozess der Entwicklung der Qualitätsindikatoren sowie die Ergebnisse der prospektiven Pilotphase wurden veröffentlicht (Stroke 2006; 37: 2573-8). Die patientenbezogenen Qualitätsindikatoren werden seit Mitte 2006 in allen regionalen Qualitätssicherungsprojekten der ADSR umgesetzt. Ende 2009 wurden von der ADSR Zielbereiche in Form von Absolutwerten definiert. Die Zielbereiche werden im Konsens und anhand empirischer Daten aus den Registern festgelegt und regelmäßig modifiziert. Ebenso erfahren die Qualitätsindikatoren eine regelmäßige Überarbeitung. Die letzte Überarbeitung erfolgte im April 2022. Sie finden die Zusammenfassung der Qualitätsindikatoren auf Seite 5.

Bitte beachten Sie, dass zur Berechnung der QI mindestens 5 Patienten in einer Klinik dokumentiert werden müssen, die die Nennerbedingungen erfüllen. Wurden weniger als 5 Patienten dokumentiert, wird der QI nicht berechnet.

Impressum

Copyright:

Institut für Epidemiologie u. Sozialmedizin, Universität Münster

Datenmanagement & Auswertung:

Institut für Epidemiologie u. Sozialmedizin, Universität Münster

Stand Mai 2023

Inhalt	Seite
0. Zusammenfassung der Qualitätsindikatoren	5
1. Übersichtsstatistik	7
1.1 Teilnehmende Einrichtungen	7
1.2 Anzahl und Quartalsverteilung der Patienten	7
2. Basisdaten	8
3. Liegezeiten	9
3.1 Liegezeit gesamt	8
3.2 Liegezeit bei Patienten mit einer TIA	9
3.3 Liegezeit bei Patienten mit Hirninfarkt	9
3.4 Liegezeit auf Stroke Unit	10
4. Aufnahmedaten	10
5. Klinische Parameter	11
5.1 Klassifikation akutes Ereignis	11
5.2 Rankin Scale	11
5.3 Barthel Index	12
5.4 Klinische Symptome bei Aufnahme	13
5.5 NIH Stroke Scale bei Aufnahme	13
5.6 Komorbiditäten	13
6. Diagnostik nach Ereignis	14
7. Therapiemaßnahmen	16
7.1 Therapie/Sekundärprophylaxe	16
7.2 Frühzeitige Rehabilitation	16
8. Komplikationen während des stationären Aufenthaltes	17
9. Ende der Akutbehandlung	17
9.1 Ende der Akutbehandlung für alle Patienten	17
9.2 Ende der Akutbehandlung für Patienten mit Hirninfarkt	18
9.3 Ende der Akutbehandlung für Patienten mit intrazerebraler Blutung oder SAB	19
10. Geplante Rehabilitation nach Entlassung aus der Akutbehandlung	19
11. Auswertungen Lyse und Intraatrielle Therapie	19
11.1 Lyse/Intraatrielle Therapie (IAT) durchgeführt	19
11.2 Zeit Aufnahme - Verlegung zur geplanten IAT	20
11.3 Zeit Bildgebung - Verlegung zur geplanten IAT	20
11.4 Zeit Lyse - Verlegung zur geplanten IAT	20
11.5 Lyse bei Einweisung innerhalb der ersten 3 Stunden nach Ereignis	21
11.6 Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung	21
11.7 Zeit Aufnahme - Beginn Lyse	21

Inhalt	Seite
11.8 Zeit 1. Bildgebung - Beginn Lyse	21
11.9 Zeit Aufnahme - Leistenpunktion	22
11.10 Zeit 1. Bildgebung - Leistenpunktion	22
11.11 Zeit Lyse - Leistenpunktion	22
11.12 Rekanalisation	22
12. Qualitätsindikatoren	23
12.1 Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie	23
12.2 Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie	24
12.3 Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	25
12.4 Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	26
12.5 a) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	27
12.5 b) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit palliativer Zielsetzung	28
12.6 Pneumonierate nach Schlaganfall	29
12.7 Screening für Schluckstörungen	30
12.8 a) Anteil der Patienten mit Bildgebung innerhalb von 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" \leq 6 Stunden	31
12.8 b) CT- / MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung	32
12.9 a) Frühe systemische Thrombolyse (Alter 18-80 Jahre, NIHSSA 4-25)	33
12.9 b) Frühe systemische Thrombolyse	34
12.9 c) Frühe systemische Thrombolyse (NHSSA 4-25)	35
12.10 Behandlung auf einer Stroke Unit	36
12.11 a) Door-to-needle time \leq 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSSA 4-25)	37
12.11 b) Door-to-needle time \leq 30 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSSA 4-25)	38
12.11 c) Door-to-needle time \leq 60 Minuten (erweiterte Indikation)	39
12.11 d) Door-to-needle time \leq 60 Minuten (NIHSSA 4-25)	40
12.12 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose	41
12.13 a) Sterblichkeit nach Rekanalisation	42
12.13 b) Sterblichkeit nach Thrombolyse	43
12.13 c) Sterblichkeit nach Intraarterieller Therapie	44
12.14 Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	45
12.15 Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung	46
12.16 Vorhofflimmern-Diagnostik	47
12.17 a) Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster \leq 6 Stunden)	48
12.17 b) Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster 6-24 Stunden)	49
12.17 c) Intraarterielle Therapie (IAT)	50
12.18 a) Door-To-Puncture-Time \leq 90 Minuten	51
12.18 b) Door-To-Puncture-Time \leq 90 Minuten (mit Bildgebung oder Lyse im eigenen Haus)	52
12.18 c) Door-To-Puncture-Time \leq 90 Minuten (Bildgebung oder Lyse vor Aufnahme)	53
12.18 d) Door-To-Puncture-Time \leq 60 Minuten	54
12.19 Frühzeitige Verlegung zur Intraarteriellen Therapie	55
12.20 Erreichen des Rekanalisationsziels	56

0. Zusammenfassung der Qualitätsindikatoren

Diese Tabelle gibt eine Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren wieder. Die ausführlichen Ergebnisse inklusive Grafiken mit der Verteilung der QI-Werte finden sich auf den Seiten 23 bis 56. Wird der Zielbereich erreicht, erscheint der QI-Wert grün, bei Unterschreiten des Ziels rot.

	Qualitätsindikator	Eigene Klinik %	Gesamtprojekt %	Zielbereich %	Seite
1	Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie	98.9	96.2	≥ 90	23
2	Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie	93.5	94.6	≥ 90	24
3	Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	97.4	94.1	≥ 90	25
4	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	97.3	93.8	≥ 80	26
5a	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	6.4	4.5	nicht def.	27
5b	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit palliativer Zielsetzung	1.1	1.0	nicht def.	28
6	Pneumonierate nach Schlaganfall	4.9	6.2	nicht def.	29
7	Screening für Schluckstörungen	98.2	94.0	≥ 90	30
8a	Anteil der Patienten mit Bildgebung ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden	93.1	66.4	≥ 60	31
8b	Frühzeitige CT- / MR bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung	94.8	90.7	≥ 60	32
9a	Frühe systemische Thrombolyse (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	94.3	71.9	nicht def.	33
9b	Frühe systemische Thrombolyse	61.4	44.7	nicht def.	34
9c	Frühe systemische Thrombolyse (NIHSS 4-25)	84.8	63.4	≥ 60	35
10	Behandlung auf einer Stroke Unit	96.9	93.4	≥ 90	36
11a	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	100	86.3	nicht def.	37
11b	Door-to-needle time ≤ 30 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	53.8	42.3	nicht def.	38
11c	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (erweiterte Indikation)	95.7	78.3	nicht def.	39
11d	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (NIHSS 4-25)	100	85.4	≥ 90	40
12	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose	100	81.0	≥ 80	41
13a	Sterblichkeit nach Rekanalisation	13.4	11.6	nicht def.	42
13b	Sterblichkeit nach Thrombolyse	8.0	8.5	nicht def.	43

Qualitätsindikator		Eigene Klinik	Gesamtprojekt	Zielbereich	Seite
		%	%	%	
13c	Sterblichkeit nach Intraartrieller Therapie	25.7	19.9	nicht def.	44
14	Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	85.5	73.2	≥ 70	45
15	Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung	95.8	94.1	≥ 90	46
16	Vorhofflimmern-Diagnostik	97.0	93.4	≥ 90	47
17a	Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster ≤ 6 Stunden)	93.0	78.1	≥ 60	48
17b	Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster > 6-24 Stunden)	66.7	70.7	nicht def.	49
17c	Intraarterielle Therapie (IAT)	77.9	69.2	nicht def.	50
18a	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten	98.6	67.5	≥ 50	51
18b	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse im eigenen Haus durchgeführt)	100	59.6	nicht def.	52
18c	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse bereits vor Aufnahme durchgeführt)	96.8	84.0	nicht def.	53
18d	Door-to-Puncture-Time ≤ 60 Minuten	70.3	35.5	nicht def.	54
19	Frühzeitige Verlegung zur IAT	.	40.3	nicht def.	55
20	Erreichen des Rekanalisationsziels	93.2	86.0	≥ 80	56

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

1. Übersichtsstatistik

1.1 Teilnehmende Kliniken

Anzahl teilnehmender Kliniken:	196	mit Fachabteilung Neurologie:	150
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	132
in NRW:	46		
in Niedersachsen:	37	mit Fachabteilung Innere Medizin:	43
in Bremen:	3	davon mit zertifizierter Stroke Unit:	8
in Schleswig Holstein:	1		
in Mecklenburg Vorpommern:	12	mit Fachabteilung Geriatrie:	1
in Sachsen:	23		
in Sachsen Anhalt:	12		
in Thüringen:	27	mit Fachabteilung Kardiologie:	1
in Brandenburg:	22		
im Saarland:	10		
in Luxemburg:	3	mit Fachabteilung Neurochirurgie:	1
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	1

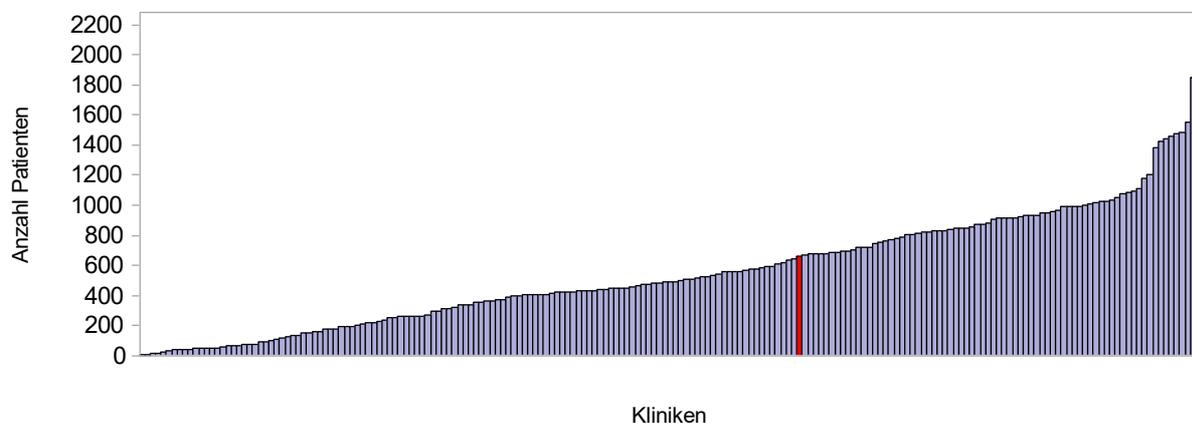
1.2 Anzahl und Quartalsverteilung der Patienten

	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
erfasste Stroke Bögen	688	0.6	113658	100	102222	89.9	11436	10.1
vollst. dokumentiert ¹	663	96.4	107911	94.9	97237	95.1	10674	93.3
Minimaldatensätze (MDS) ¹	25	3.6	5747	5.1	4985	4.9	762	6.7
MDS: Ereignis älter 7 Tage ²	18	72.0	2637	45.9	2427	48.7	210	27.6
MDS: Entl./Verlegung vor 1. Bildgebung ²	0	0.0	58	1.0	21	0.4	37	4.9
MDS: nur Frühreha, keine Akutbehandlung ²	0	0.0	254	4.4	240	4.8	14	1.8
MDS: bereits vor Aufnahme palliative Zielsetzung ²	4	16.0	381	6.6	320	6.4	61	8.0
MDS: sonstiger Grund ²	3	12.0	2417	42.1	1977	39.7	440	57.7

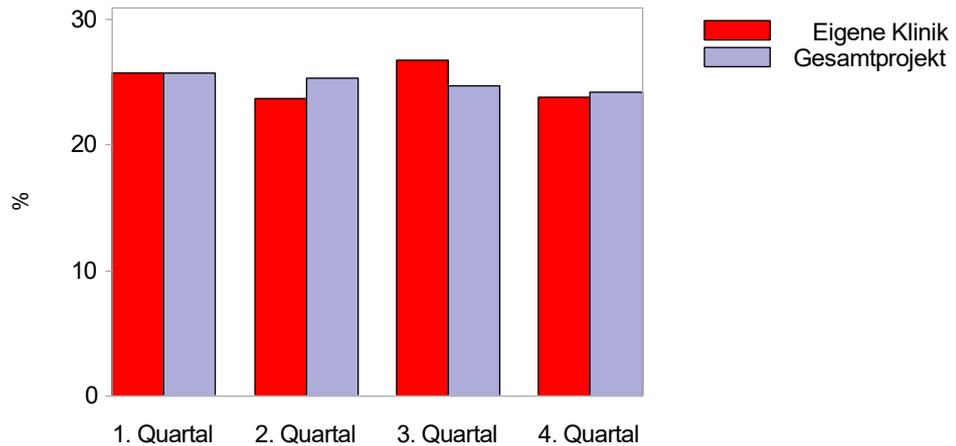
Je nach Strukturqualität der teilnehmenden Einrichtung Vergleich mit allen Einrichtungen mit bzw. ohne zertifizierte Stroke Unit.

¹ Prozentangabe bezogen auf erfasste Stroke Bögen, ² Prozentangabe bezogen auf die Minimaldatensätze

Anzahl vollständig dokumentierter Patienten pro Klinik



Quartalsverteilung aller vollständig dokumentierten Patienten



2. Basisdaten

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

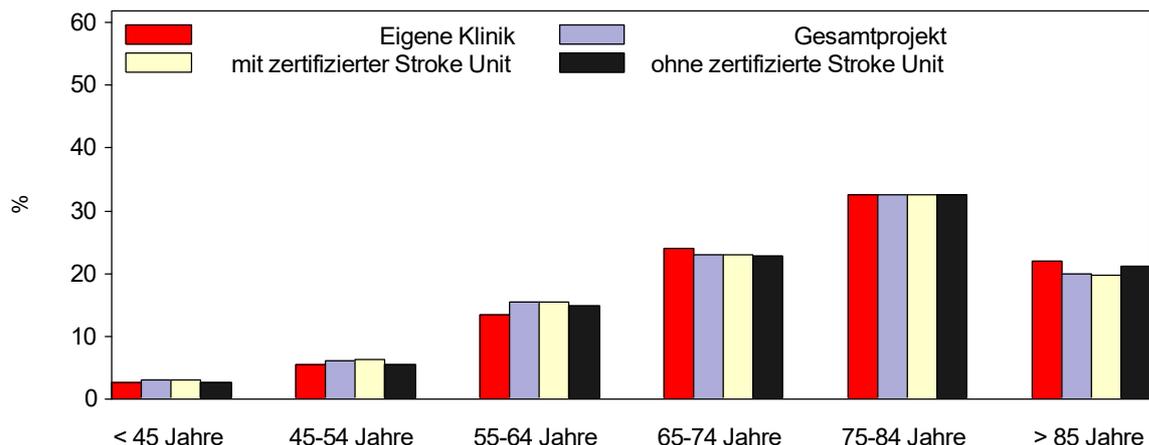
Geschlecht	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	381	57.5	56745	52.6	51213	52.7	5532	51.8
weiblich	282	42.5	51055	47.3	45967	47.3	5088	47.7
divers	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
unbestimmt	0	0.0	1	0.0	0	0.0	1	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	109	0.1	56	0.1	53	0.5

Durchschnittsalter	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mittelwert, Jahre	74.0		73.2		73.1		73.7	
Anteil \geq 75 Jahre, %	54.6		52.4		52.3		53.7	
Anteil \leq 60 Jahre, %	13.7		17.3		17.4		16.2	

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten ohne Verlegungen innerhalb von 12h)

Palliativer Zielsetzung dokumentiert	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	612	93.2	98004	93.3	88342	93.2	9662	93.8
Ja	45	6.8	6559	6.2	6028	6.4	531	5.2
fehlende Angabe	0	0.0	508	0.5	399	0.4	109	1.1

Altersverteilung aller dokumentierten Patienten

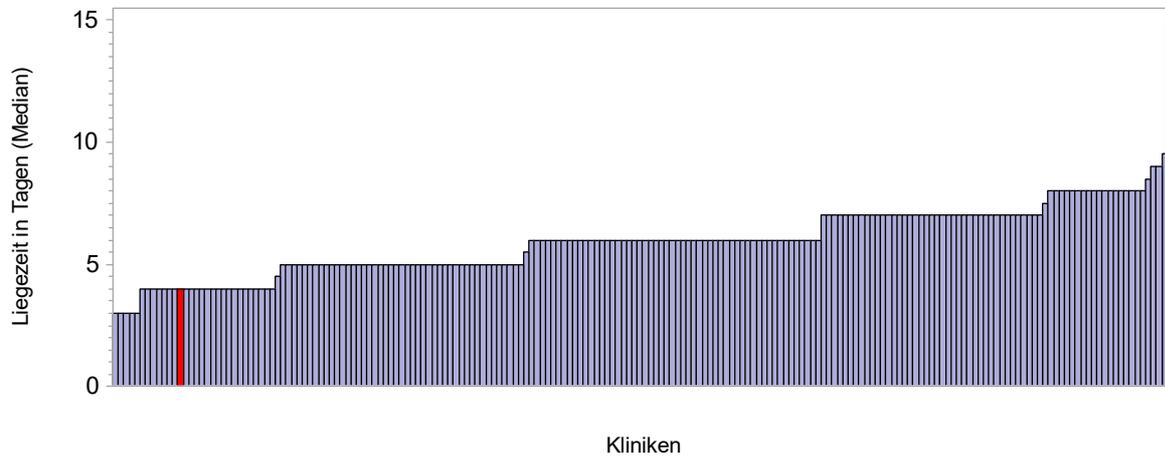


3. Liegezeiten

3.1 Liegezeit gesamt

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten ohne geriatrische Frühreha/Komplexbehandlung und ohne interne Verlegung)

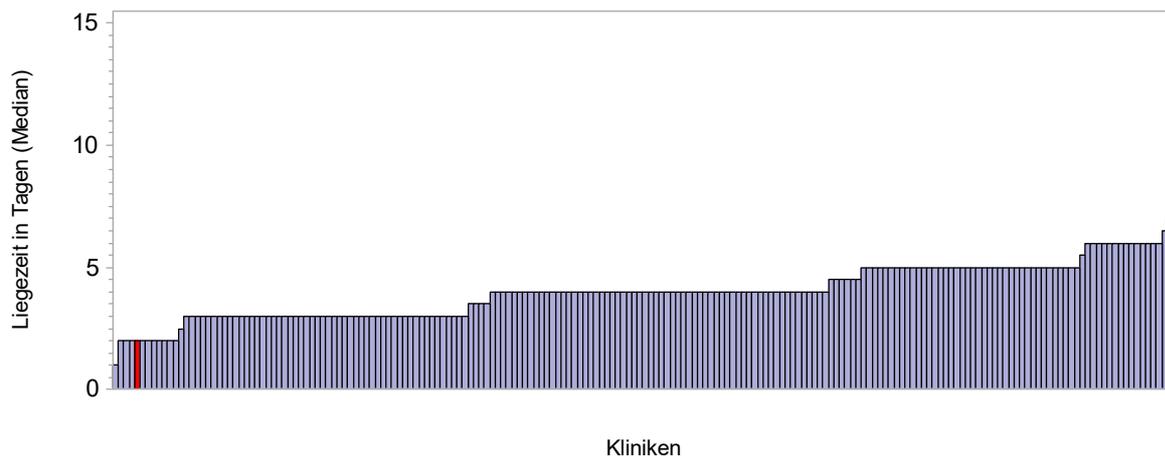
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	6.1	8.3	8.4	6.9
Median	4.0	6.0	6.0	5.0



3.2 Liegezeit bei Patienten mit einer TIA

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hauptdiagnose TIA ohne geriatrische Frühreha/Komplexbehandlung und ohne interne Verlegung)

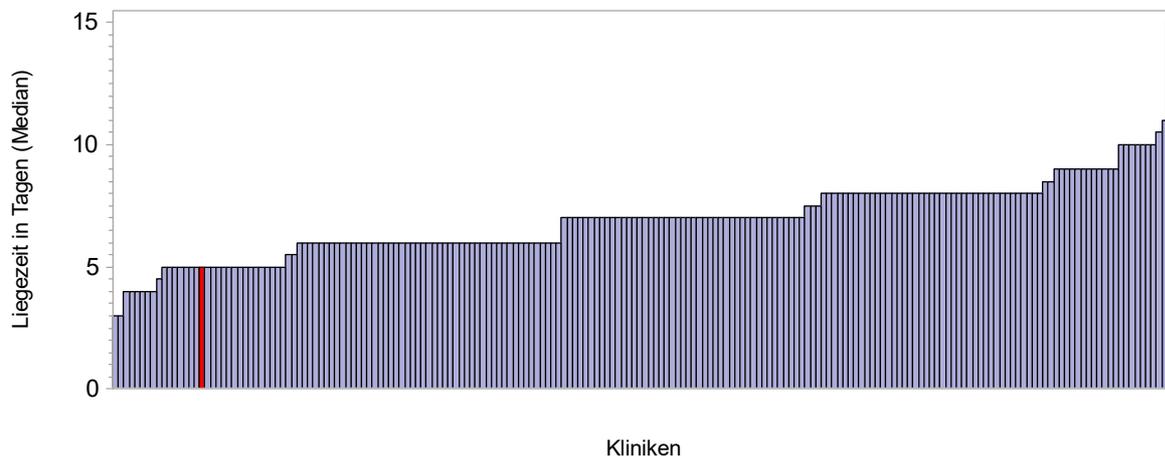
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	2.9	4.7	4.8	4.3
Median	2.0	4.0	4.0	4.0



3.3 Liegezeit bei Patienten mit Hirninfarkt

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hauptdiagnose Hirninfarkt ohne geriatrische Frühreha/Komplexbehandlung und ohne interne Verlegung)

Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	7.3	9.3	9.5	8.0
Median	5.0	7.0	7.0	6.0



3.4 Liegezeit auf Stroke Unit

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten ohne Verlegung innerhalb von 12h)

Liegezeit auf SU in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	3.6	2.9	2.9	2.7
Median	3.0	2.0	2.0	2.0

4. Aufnahmedaten

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten ohne Verlegungen (von extern oder hausintern))

Zeitdifferenz Ereignis-Aufnahme	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 1 Stunde	16	3.5	6352	6.8	5888	7.0	464	4.7
> 1-2 Stunden	83	18.2	17136	18.3	15692	18.7	1444	14.7
> 2-3 Stunden	59	13.0	10538	11.2	9381	11.2	1157	11.8
> 3-4 Stunden	26	5.7	5960	6.4	5311	6.3	649	6.6
> 4-5 Stunden	21	4.6	4049	4.3	3625	4.3	424	4.3
> 5-6 Stunden	15	3.3	3643	3.9	3137	3.7	506	5.2
> 6-9 Stunden	43	9.5	6483	6.9	5751	6.8	732	7.5
> 9-24 Stunden	65	14.3	13172	14.0	11770	14.0	1402	14.3
> 24-48 Stunden	28	6.2	6193	6.6	5492	6.5	701	7.2
> 48h	57	12.5	9933	10.6	8874	10.6	1059	10.8
Inhouse-Stroke	0	0.0	263	0.3	178	0.2	85	0.9
Wake-up Stroke	27	5.9	4493	4.8	4001	4.8	492	5.0
keine Angabe möglich	15	3.3	5499	5.9	4829	5.7	670	6.8
fehlende Angabe	0	0.0	71	0.1	61	0.1	10	0.1

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

Einweisung:								
Übernahme des Patienten	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	455	68.6	93785	86.9	83990	86.4	9795	91.8
aus externer Klinik	200	30.2	11737	10.9	11287	11.6	450	4.2
interne Hausverlegung	8	1.2	2142	2.0	1890	1.9	252	2.4
fehlende Angabe	0	0.0	247	0.2	70	0.1	177	1.7

Aufnahmestation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allgemeinstation	20	3.0	9695	9.0	8561	8.8	1134	10.6
Stroke Unit	543	81.9	90286	83.7	81628	83.9	8658	81.1
Intensivstation	98	14.8	6307	5.8	5758	5.9	549	5.1
Sonstiges	2	0.3	1383	1.3	1192	1.2	191	1.8
fehlende Angabe	0	0.0	240	0.2	98	0.1	142	1.3

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten ohne Verlegung innerhalb von 12h)

Aufenthalt auf SU	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	29	4.4	10849	10.3	9611	10.1	1238	12.0
Ja	628	95.6	94188	89.6	85153	89.9	9035	87.7
fehlende Angabe	0	0.0	34	0.0	5	0.0	29	0.3

5. Klinische Parameter

5.1 Klassifikation akutes Ereignis

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

ICD-10 Klassifikation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
G45: Transitorisch ischämische Attacke	165	24.9	27168	25.2	24282	25.0	2886	27.0
I60: Subarachnoidalblutung	2	0.3	633	0.6	587	0.6	46	0.4
I61: Intrazerebrale Blutung	23	3.5	5618	5.2	5158	5.3	460	4.3
I63: Hirninfarkt	473	71.3	73889	68.5	66967	68.9	6922	64.8
I64: Schlaganfall nicht Blutung/nicht Infarkt	0	0.0	377	0.3	166	0.2	211	2.0
Andere ICD-10 Klassifikation	0	0.0	196	0.2	68	0.1	128	1.2
fehlende Angabe	0	0.0	30	0.0	9	0.0	21	0.2

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation I63)

InfarktätioLOGIE	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
atherothrombotisch	131	27.7	15824	21.4	14250	21.3	1574	22.7
kardiogen-embolisch	106	22.4	21339	28.9	19508	29.1	1831	26.5
mikroangiopathisch	126	26.6	14878	20.1	13394	20.0	1484	21.4
andere gesicherte Ursache	18	3.8	3112	4.2	2779	4.1	333	4.8
unklare Ätiologie	32	6.8	14186	19.2	12948	19.3	1238	17.9
konkurrierende Ursache	58	12.3	3283	4.4	2963	4.4	320	4.6
fehlende Angabe	2	0.4	1267	1.7	1125	1.7	142	2.1

5.2 Rankin Scale

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64)

Rankin Scale bei Aufnahme	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0: keine Symptome	72	10.9	15038	14.0	13593	14.0	1445	13.7
1: keine Funktionseinschränkung	112	16.9	18483	17.2	16646	17.1	1837	17.5
2: geringe Funktionseinschränkung	96	14.5	23406	21.7	20966	21.6	2440	23.2
3: mäßige Funktionseinschränkung	129	19.5	21062	19.6	18879	19.4	2183	20.7
4: mittlere Funktionseinschränkung	118	17.8	14957	13.9	13522	13.9	1435	13.6
5: schwere Funktionseinschränkung	136	20.5	14593	13.6	13500	13.9	1093	10.4
fehlende Angabe	0	0.0	146	0.1	54	0.1	92	0.9

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64 ohne Verlegung ohne Rückübernahme innerhalb von 12 Stunden)

Rankin Scale bei Entlassung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0: keine Symptome	179	27.2	31388	29.9	28697	30.3	2691	26.5
1: keine Funktionseinschränkung	101	15.4	21650	20.6	19440	20.5	2210	21.8
2: geringe Funktionseinschränkung	113	17.2	18913	18.0	16913	17.9	2000	19.7
3: mäßige Funktionseinschränkung	89	13.5	12178	11.6	10878	11.5	1300	12.8
4: mittlere Funktionseinschränkung	71	10.8	8250	7.9	7482	7.9	768	7.6
5: schwere Funktionseinschränkung	62	9.4	5824	5.6	5237	5.5	587	5.8
6: Tod	42	6.4	6546	6.2	6042	6.4	504	5.0
fehlende Angabe	0	0.0	124	0.1	25	0.0	99	1.0

5.3 Barthel Index

Barthel Index bei Aufnahme

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64 ohne Verlegung innerhalb von 12h)

Blasenkontrolle	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
kontinent	446	67.9	71884	68.5	64889	68.5	6995	68.9
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	97	14.8	14637	14.0	13213	14.0	1424	14.0
inkontinent	114	17.4	18240	17.4	16591	17.5	1649	16.2
fehlende Angabe	0	0.0	112	0.1	21	0.0	91	0.9

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	307	46.7	50672	48.3	45663	48.2	5009	49.3
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	112	17.0	23273	22.2	21033	22.2	2240	22.0
große Unterstützung	95	14.5	14561	13.9	13084	13.8	1477	14.5
vollständig abhängig	143	21.8	16222	15.5	14916	15.7	1306	12.9
fehlende Angabe	0	0.0	145	0.1	18	0.0	127	1.3

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	262	39.9	41671	39.7	37494	39.6	4177	41.1
geringe Unterstützung (Gehilfe)	112	17.0	25452	24.3	22909	24.2	2543	25.0
unabhängig im Rollstuhl	100	15.2	16644	15.9	14967	15.8	1677	16.5
vollständig abhängig	183	27.9	20979	20.0	19320	20.4	1659	16.3
fehlende Angabe	0	0.0	127	0.1	24	0.0	103	1.0

Barthel Index bei Entlassung

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64 ohne Verlegung innerhalb von 12h, die lebend entlassen wurden)

Blasenkontrolle	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
kontinent	458	74.5	74787	76.1	67695	76.3	7092	73.5
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	94	15.3	12559	12.8	11249	12.7	1310	13.6
inkontinent	63	10.2	10834	11.0	9701	10.9	1133	11.7
fehlende Angabe	0	0.0	146	0.1	26	0.0	120	1.2

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	412	67.0	65214	66.3	59109	66.7	6105	63.2
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	96	15.6	17415	17.7	15548	17.5	1867	19.3
große Unterstützung	55	8.9	9120	9.3	8232	9.3	888	9.2
vollständig abhängig	52	8.5	6416	6.5	5760	6.5	656	6.8
fehlende Angabe	0	0.0	161	0.2	22	0.0	139	1.4

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	350	56.9	56607	57.6	51319	57.9	5288	54.8
geringe Unterstützung (Gehilfe)	117	19.0	21519	21.9	19207	21.7	2312	23.9
unabhängig im Rollstuhl	71	11.5	10490	10.7	9426	10.6	1064	11.0
vollständig abhängig	77	12.5	9571	9.7	8701	9.8	870	9.0
fehlende Angabe	0	0.0	139	0.1	18	0.0	121	1.3

Barthel-Summenscore

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64 ohne Verlegung innerhalb von 12h, bei denen die Barthel Index-Kriterien sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung vollständig dokumentiert wurden)

Barthel-Summenscore	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert bei Aufnahme	66.8	70.9	70.7	71.9
Mittelwert bei Entlassung	78.2	79.6	79.7	78.9
Barthel-Differenz*	11.4	8.7	8.9	7.0

*Ein positiver Wert zeigt eine Verbesserung, ein negativer Wert eine Verschlechterung des Barthel-Scores an.

5.4 Klinische Symptome bei Aufnahme

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64)

Motorische Ausfälle	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	303	45.7	50849	47.2	45811	47.2	5038	47.9
Ja	359	54.1	55917	51.9	50578	52.1	5339	50.7
nicht bestimmbar	1	0.2	848	0.8	746	0.8	102	1.0
fehlende Angabe	0	0.0	71	0.1	25	0.0	46	0.4

Sprachstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	486	73.3	77843	72.3	70474	72.5	7369	70.0
Ja	171	25.8	28079	26.1	25165	25.9	2914	27.7
nicht bestimmbar	6	0.9	1650	1.5	1484	1.5	166	1.6
fehlende Angabe	0	0.0	113	0.1	37	0.0	76	0.7

Sprechstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	347	52.3	68017	63.2	61131	62.9	6886	65.4
Ja	293	44.2	36924	34.3	33570	34.6	3354	31.9
nicht bestimmbar	23	3.5	2636	2.4	2421	2.5	215	2.0
fehlende Angabe	0	0.0	108	0.1	38	0.0	70	0.7

Schluckstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	517	78.0	87480	81.2	78962	81.3	8518	80.9
Ja	122	18.4	15537	14.4	14231	14.6	1306	12.4
nicht bestimmbar	24	3.6	4335	4.0	3854	4.0	481	4.6
fehlende Angabe	0	0.0	333	0.3	113	0.1	220	2.1

Bewußtsein	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
wach	609	91.9	99968	92.8	90264	92.9	9704	92.2
somnolent-soporös	41	6.2	6046	5.6	5405	5.6	641	6.1
komatös	13	2.0	1556	1.4	1451	1.5	105	1.0
fehlende Angabe	0	0.0	115	0.1	40	0.0	75	0.7

5.5 NIH Stroke Scale bei Aufnahme

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt)

NIH Stroke Scale	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	7.2	5.9	5.9	5.1
Median	5.0	4.0	4.0	3.0

5.6 Komorbiditäten

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten ohne Verlegung innerhalb von 12h mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64)

Komorbidität	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabetes	178	27.1	29744	28.4	26628	28.1	3116	30.7
Hypertonie	568	86.5	87049	83.0	78219	82.6	8830	86.9
Vorhofflimmern (vorbekannt)	123	18.7	20789	19.8	18763	19.8	2026	19.9
Vorhofflimmern (neu diagn.)	64	9.7	7224	6.9	6556	6.9	668	6.6
Früherer Schlaganfall	170	25.9	25201	24.0	22695	24.0	2506	24.7

Prozentualer Anteil der Komorbidität, die mit "Ja" angegeben ist

6. Diagnostik nach Ereignis

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64)

Bildgebung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Bildgebung	0	0.0	166	0.2	147	0.2	19	0.2
1. Bildg. extern vor Aufnahme	162	24.4	10356	9.6	9850	10.1	506	4.8
1. Bildg. im eigenen Haus	501	75.6	97157	90.2	87162	89.7	9995	95.0
fehlende Angabe	0	0.0	6	0.0	1	0.0	5	0.0

Art der Bildgebung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CT	52	10.4	87103	89.7	78189	89.7	8914	89.2
MRT	455	90.8	50539	52.0	45759	52.5	4780	47.8

*Prozent bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten Bildgebungen, Mehrfachnennungen möglich.

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	374	74.7	42242	43.5	39175	44.9	3067	30.7
> 0.5-1 Stunde	41	8.2	19454	20.0	16961	19.5	2493	24.9
> 1-3 Stunden	50	10.0	23496	24.2	20550	23.6	2946	29.5
> 3-6 Stunden	21	4.2	6326	6.5	5720	6.6	606	6.1
> 6 Stunden	14	2.8	3839	4.0	3248	3.7	591	5.9
fehlende Angabe	1	0.2	1800	1.9	1508	1.7	292	2.9

*Prozent bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten Bildgebungen.

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung in Minuten*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
95% Perzentil	243		301		293		591	
50% Perzentil: Median	11.5		36.0		35.0		49.0	
5% Perzentil	2.0		8.0		8.0		8.0	

*berechnet für alle im eigenen Haus durchgeführten Bildgebungen.

Hirngefäßdiagnostik (CT /MRT)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	55	8.3	19966	18.5	17237	17.7	2729	25.9
vor Aufnahme	107	16.1	5292	4.9	5074	5.2	218	2.1
direkt im Anschluss an native Bildgebung	487	73.5	69114	64.2	63759	65.6	5355	50.9
nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung aber spätestens am Folgetag der Aufnahme	13	2.0	8953	8.3	7407	7.6	1546	14.7
nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung und später als am Folgetag der Aufnahme	1	0.2	4152	3.9	3529	3.6	623	5.9
fehlende Angabe	0	0.0	208	0.2	154	0.2	54	0.5

Hirngefäßdiagnostik (Doppler /Duplex)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	38	5.7	15140	14.1	13172	13.6	1968	18.7
vor Aufnahme	13	2.0	574	0.5	512	0.5	62	0.6
im eigenen Haus nach Aufnahme, spätestens am Folgetag	551	83.1	74090	68.8	67298	69.3	6792	64.5
im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme	61	9.2	17736	16.5	16115	16.6	1621	15.4
fehlende Angabe	0	0.0	145	0.1	63	0.1	82	0.8

Gefäßverschluss*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	548	83.0	87419	83.7	78613	83.2	8806	88.9
Ja	112	17.0	16866	16.2	15844	16.8	1022	10.3
fehlende Angabe	0	0.0	143	0.1	60	0.1	83	0.8

*Bezogen auf alle vollständig dokumentierten Patienten mit Schlaganfall, bei denen eine Hirngefäßdiagnostik (CT/MRT/Doppler/Duplex) durchgeführt wurde.

Lokalisation Gefäßverschluss*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Carotis-T	18	16.1	2502	14.8	2261	14.3	241	23.2
M1	53	47.3	5782	34.2	5508	34.7	274	26.4
M2	20	17.9	3772	22.3	3578	22.6	194	18.7
BA	5	4.5	720	4.3	688	4.3	32	3.1
Sonstige	30	26.8	6079	36.0	5701	35.9	378	36.5

*Bezogen auf alle vollständig dokumentierten Patienten mit Gefäßverschluss, Mehrfachnennungen möglich

Verlegung nach Primärdiagnostik /-therapie (innerh. 12h)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	657	99.1	105071	97.4	94769	97.5	10302	96.5
ja, mit späterer Rückübernahme	0	0.0	1180	1.1	1084	1.1	96	0.9
ja, ohne spätere Rückübernahme	6	0.9	1563	1.4	1329	1.4	234	2.2
fehlende Angabe	0	0.0	97	0.1	55	0.1	42	0.4

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten ohne Verlegung innerhalb von 12h)

Langzeit-EKG (mindestens 24h)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	21	3.2	10394	9.9	9014	9.5	1380	13.6
Ja	636	96.8	94363	90.0	85672	90.5	8691	85.5
fehlende Angabe	0	0.0	116	0.1	28	0.0	88	0.9

Schlucktestung nach Protokoll	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	16	2.4	7700	7.3	6280	6.6	1420	14.0
Ja	637	97.0	95622	91.2	87182	92.0	8440	83.1
nicht bestimmbar	4	0.6	1396	1.3	1220	1.3	176	1.7
fehlende Angabe	0	0.0	155	0.1	32	0.0	123	1.2

Ipsilaterale ACI-Stenose	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	582	88.6	90819	86.6	82330	86.9	8489	83.6
< 50%	15	2.3	4130	3.9	3668	3.9	462	4.5
50-< 70%	4	0.6	1823	1.7	1582	1.7	241	2.4
70-99%	29	4.4	3464	3.3	3126	3.3	338	3.3
100% (Verschluss)	18	2.7	2181	2.1	1974	2.1	207	2.0
nicht untersucht	9	1.4	2284	2.2	2000	2.1	284	2.8
fehlende Angabe	0	0.0	172	0.2	34	0.0	138	1.4

Operative Revaskularisation der ACI veranlaßt oder empfohlen*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	0	0.0	814	22.8	701	21.8	113	32.5
ja	29	100	2740	76.9	2510	78.0	230	66.1
fehlende Angabe	0	0.0	10	0.3	5	0.2	5	1.4

*Bezogen auf alle vollständig dokumentierten Patienten, bei denen eine ACI-Stenose 70-99% diagnostiziert wurde.

7. Therapiemaßnahmen

7.1 Therapie/Sekundärprophylaxe

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt oder TIA ohne Verlegung innerhalb von 12h)

Antikoagulation, einschl. Empfehlung im Entlassungsbrief	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	466	73.3	69739	70.6	63297	70.9	6442	67.7
Vit.K-Antagonisten einschl. Heparin	6	0.9	3925	4.0	3414	3.8	511	5.4
neue orale Antikoag.	164	25.8	24953	25.3	22518	25.2	2435	25.6
fehlende Angabe	0	0.0	169	0.2	41	0.0	128	1.3

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64 ohne Verlegung innerhalb von 12h)

Beatmung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	597	90.9	99583	95.0	89677	94.7	9906	97.5
Ja	60	9.1	5198	5.0	5007	5.3	191	1.9
fehlende Angabe	0	0.0	92	0.1	30	0.0	62	0.6

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64 ohne Verlegung innerhalb von 12h, die lebend entlassen wurden)

Statine	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	30	4.9	8167	8.3	7128	8.0	1039	10.8
Ja	585	95.1	90064	91.6	81520	91.9	8544	88.5
fehlende Angabe	0	0.0	96	0.1	24	0.0	72	0.7

7.2 Frühzeitige Rehabilitation

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64 ohne Verlegung innerhalb von 12h)

Physiotherapie /Ergotherapie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	36	5.5	7570	7.2	6821	7.2	749	7.4
≤ Tag 2 nach Aufnahme	621	94.5	95860	91.4	86639	91.5	9221	90.8
> Tag 2 nach Aufnahme	0	0.0	1375	1.3	1232	1.3	143	1.4
fehlende Angabe	0	0.0	68	0.1	22	0.0	46	0.5

Logopädie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	94	14.3	15265	14.6	13452	14.2	1813	17.8
≤ Tag 2 nach Aufnahme	548	83.4	87855	83.8	79831	84.3	8024	79.0
> Tag 2 nach Aufnahme	15	2.3	1586	1.5	1395	1.5	191	1.9
fehlende Angabe	0	0.0	167	0.2	36	0.0	131	1.3

8. Komplikationen während des stationären Aufenthalts

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64 ohne Verlegung innerhalb von 12h)

Komplikation(en)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Patienten mit Komplikation(en)	80	12.2	15257	14.5	14125	14.9	1132	11.1
Patienten ohne Komplikation(en)	577	87.8	89616	85.5	80589	85.1	9027	88.9

Art der Komplikation(en)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pneumonie	23	3.5	5339	5.0	4981	5.1	358	3.4
erhöhter Hirndruck	13	2.0	1555	1.4	1442	1.5	113	1.1
sympt.Intrazerebrale Blutung	7	1.1	1232	1.1	1103	1.1	129	1.2
Andere Komplikationen	58	8.7	10280	9.5	9557	9.8	723	6.9

*Prozent bezogen auf alle vollständig dokumentierten Patienten mit Schlaganfall, Mehrfachnennungen möglich.

9. Ende der Akutbehandlung

9.1 Ende der Akutbehandlung für alle Patienten

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64)

Entlassung /Verlegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Beh. regulär beendet	413	62.3	71183	66.1	64397	66.3	6786	64.5
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	2	0.3	1933	1.8	1680	1.7	253	2.4
Beh. aus sonst. Gründen beendet	1	0.2	251	0.2	207	0.2	44	0.4
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	4	0.6	2286	2.1	2088	2.1	198	1.9
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	6	0.0	6	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	100	15.1	8458	7.9	7648	7.9	810	7.7
Tod	42	6.3	6687	6.2	6166	6.3	521	5.0
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	5	0.8	632	0.6	562	0.6	70	0.7
Entlassung in Rehaeinrichtung	79	11.9	9789	9.1	8903	9.2	886	8.4
Entlassung in Pflegeeinrichtung	9	1.4	5089	4.7	4425	4.6	664	6.3
Entlassung in Hospiz	0	0.0	105	0.1	91	0.1	14	0.1
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	64	0.1	57	0.1	7	0.1
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	18	0.0	12	0.0	6	0.1
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	35	0.0	32	0.0	3	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	8	1.2	957	0.9	763	0.8	194	1.8
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	43	0.0	42	0.0	1	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	4	0.0	1	0.0	3	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	145	0.1	80	0.1	65	0.6

9.2 Ende der Akutbehandlung für Patienten mit Hirninfarkt

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten ICD-10 Klassifikation I63)

Entlassung /Verlegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Beh. regulär beendet	255	53.9	45510	61.6	41379	61.8	4131	59.7
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	2	0.4	1254	1.7	1089	1.6	165	2.4
Beh. aus sonst. Gründen beendet	1	0.2	162	0.2	137	0.2	25	0.4
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	3	0.6	1277	1.7	1171	1.7	106	1.5
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	4	0.0	4	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	85	18.0	6843	9.3	6233	9.3	610	8.8
Tod	35	7.4	5120	6.9	4726	7.1	394	5.7
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	5	1.1	496	0.7	435	0.6	61	0.9
Entlassung in Rehaeinrichtung	74	15.6	8468	11.5	7709	11.5	759	11.0
Entlassung in Pflegeeinrichtung	8	1.7	3746	5.1	3285	4.9	461	6.7
Entlassung in Hospiz	0	0.0	87	0.1	75	0.1	12	0.2
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	41	0.1	39	0.1	2	0.0
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	10	0.0	6	0.0	4	0.1
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	14	0.0	13	0.0	1	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	5	1.1	724	1.0	582	0.9	142	2.1
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	28	0.0	27	0.0	1	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	3	0.0	1	0.0	2	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	102	0.1	56	0.1	46	0.7

9.3 Ende der Akutbehandlung für Patienten mit Intraerabraler Blutung oder SAB

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation I61 oder I60)

Entlassung /Verlegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Beh. regulär beendet	5	20.0	2036	32.6	1903	33.1	133	26.3
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	64	1.0	55	1.0	9	1.8
Beh. aus sonst. Gründen beendet	0	0.0	8	0.1	8	0.1	0	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	0	0.0	56	0.9	54	0.9	2	0.4
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	9	36.0	1018	16.3	900	15.7	118	23.3
Tod	6	24.0	1456	23.3	1353	23.6	103	20.4
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0.0	100	1.6	95	1.7	5	1.0
Entlassung in Rehaeinrichtung	4	16.0	1083	17.3	1000	17.4	83	16.4
Entlassung in Pflegeeinrichtung	0	0.0	333	5.3	296	5.2	37	7.3
Entlassung in Hospiz	0	0.0	14	0.2	12	0.2	2	0.4
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	2	0.0	2	0.0	0	0.0
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	2	0.0	2	0.0	0	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	1	4.0	73	1.2	59	1.0	14	2.8
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	5	0.1	5	0.1	0	0.0

10. Geplante Rehabilitation nach Entlassung aus der Akutbehandlung

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit ICD-10 Klassifikation G45/I60/I61/I63/I64 ohne Verlegung innerhalb von 12h, die lebend entlassen wurden)

Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	312	50.7	56760	57.7	50835	57.3	5925	61.4
Ja	303	49.3	41478	42.2	37810	42.6	3668	38.0
fehlende Angabe	0	0.0	88	0.1	26	0.0	62	0.6

Geplante Rehabilitation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neurologische Rehabilitation Phase B	80	26.4	5396	13.0	4972	13.1	424	11.6
Neurologische Rehabilitation Phase C	80	26.4	9196	22.2	8392	22.2	804	21.9
Neurologische Rehabilitation Phase D - stationär	95	31.4	13658	32.9	12583	33.3	1075	29.3
Neurologische Rehabilitation Phase D - ambulant/teilstationär	31	10.2	4504	10.9	4149	11.0	355	9.7
Geriatrische Rehabilitation	12	4.0	6383	15.4	5655	15.0	728	19.8
Sonstige Rehabilitation	5	1.7	2291	5.5	2034	5.4	257	7.0
fehlende Angabe	0	0.0	50	0.1	25	0.1	25	0.7

*Prozent bezogen auf alle vollständig dokumentierten Patienten mit Schlaganfall ohne Verlegung innerhalb von 12h, bei denen eine ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst wurde.

11. Auswertungen Lyse und Intraartrielle Therapie

11.1 Thrombolyse/Intraartrielle Therapie durchgeführt

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt)

Systemische Thrombolyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	360	76.1	59386	80.4	53483	79.9	5903	85.3
vor Aufnahme	27	5.7	1828	2.5	1790	2.7	38	0.5
im eigenen Haus	86	18.2	12604	17.1	11667	17.4	937	13.5
Verlegung zur Thrombolyse	0	0.0	30	0.0	19	0.0	11	0.2
fehlende Angabe	0	0.0	41	0.1	8	0.0	33	0.5

Intraartrielle Therapie (IAT)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	399	84.4	64910	87.8	58369	87.2	6541	94.5
vor Aufnahme	0	0.0	315	0.4	283	0.4	32	0.5
im eigenen Haus	74	15.6	7241	9.8	7092	10.6	149	2.2
Verlegung zur geplanten IAT	0	0.0	1326	1.8	1207	1.8	119	1.7
fehlende Angabe	0	0.0	97	0.1	16	0.0	81	1.2

Art der Intraartriellen Therapie (IAT)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thrombektomie	62	83.8	7033	97.1	6909	97.4	124	83.2
i.a. Thrombolyse	4	5.4	54	0.7	48	0.7	6	4.0
beides	8	10.8	130	1.8	123	1.7	7	4.7
fehlende Angabe	0	0.0	24	0.3	12	0.2	12	8.1

*Bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten Intraarteriellen Therapien

11.2 Zeit Aufnahme - Verlegung zur geplanten IAT

(Grundgesamtheit: alle Patienten, die zu einer geplanten IAT verlegt wurden)

Zeit Aufnahme - Verlegung zur geplanten IAT	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<= 0.5 Stunden	0	0.0	11	0.8	9	0.7	2	1.7
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	252	19.0	245	20.3	7	5.9
> 1-2 Stunden	0	0.0	553	41.7	502	41.6	51	42.9
> 2-3 Stunden	0	0.0	206	15.5	188	15.6	18	15.1
> 3-4 Stunden	0	0.0	71	5.4	62	5.1	9	7.6
> 4-6 Stunden	0	0.0	39	2.9	30	2.5	9	7.6
> 6 Stunden	0	0.0	177	13.3	158	13.1	19	16.0
fehlende Angabe	0	0.0	17	1.3	13	1.1	4	3.4

Zeit Aufnahme - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	4802	4395	12241
50% Perzentil: Median	98.0	97.0	117.0
5% Perzentil	44.0	43.0	53.0

11.3 Zeit Bildgebung - Verlegung zur geplanten IAT

(Grundgesamtheit: alle Patienten, die zu einer geplanten IAT verlegt wurden)

Zeit Bildgebung - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<= 0.5 Stunden	0	0.0	99	7.5	94	7.8	5	4.2
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	361	27.2	338	28.0	23	19.3
> 1-2 Stunden	0	0.0	460	34.7	416	34.5	44	37.0
> 2-3 Stunden	0	0.0	126	9.5	112	9.3	14	11.8
> 3-4 Stunden	0	0.0	46	3.5	40	3.3	6	5.0
> 4-6 Stunden	0	0.0	36	2.7	28	2.3	8	6.7
> 6 Stunden	0	0.0	129	9.7	118	9.8	11	9.2
fehlende Angabe	0	0.0	69	5.2	61	5.1	8	6.7

Zeit Bildgebung - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	3286	3310	866
50% Perzentil: Median	76.0	75.0	94.0
5% Perzentil	28.0	28.0	32.0

11.4 Zeit Lyse - Verlegung zur geplanten IAT

(Grundgesamtheit: alle Patienten, die zu einer geplanten IAT verlegt wurden)

Zeit Lyse - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<= 0.5 Stunden	0	0.0	216	16.3	204	16.9	12	10.1
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	219	16.5	205	17.0	14	11.8
> 1-2 Stunden	0	0.0	206	15.5	184	15.2	22	18.5
> 2-3 Stunden	0	0.0	42	3.2	40	3.3	2	1.7
> 3-4 Stunden	0	0.0	10	0.8	7	0.6	3	2.5
> 4-6 Stunden	0	0.0	9	0.7	8	0.7	1	0.8
> 6 Stunden	0	0.0	27	2.0	25	2.1	2	1.7
fehlende Angabe	0	0.0	597	45.0	534	44.2	63	52.9

*Bezogen auf alle Verlegungen zur geplanten Intraarteriellen Therapie

Zeit Lyse - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	227	227	278
50% Perzentil: Median	49.0	48.0	66.5
5% Perzentil	11.0	10.0	20.0

11.5 Lyse bei Einweisung innerhalb der ersten 3 Stunden nach Ereignis

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt und Zeitdifferenz Ereignis - Aufnahme ≤ 3 Stunden)

Systemische Thrombolysse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	51	44.0	12277	54.4	11257	54.2	1020	57.3
vor Aufnahme	9	7.8	558	2.5	551	2.7	7	0.4
im eigenen Haus	56	48.3	9706	43.0	8965	43.1	741	41.6
Verlegung zur Thrombolysse	0	0.0	17	0.1	9	0.0	8	0.4
fehlende Angabe	0	0.0	6	0.0	2	0.0	4	0.2

11.6 Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt und Zeitdifferenz Ereignis - Aufnahme ≤ 3 Stunden mit Bildgebung im eigenen Haus)

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	96	92.3	14926	69.7	14007	71.2	919	53.0
> 0.5-1 Stunde	6	5.8	3483	16.3	3057	15.5	426	24.6
> 1-3 Stunden	1	1.0	1898	8.9	1643	8.4	255	14.7
> 3-6 Stunden	0	0.0	385	1.8	347	1.8	38	2.2
> 6 Stunden	0	0.0	340	1.6	298	1.5	42	2.4
fehlende Angabe	1	1.0	374	1.7	320	1.6	54	3.1

11.7 Zeit Aufnahme - Beginn Lyse

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt (ohne Inhouse-Stroke), die im eigenen Haus lysiert wurden)

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	35	40.7	4297	34.5	4108	35.6	189	20.6
> 0.5-1 Stunde	49	57.0	5778	46.4	5410	46.9	368	40.1
> 1-2 Stunden	2	2.3	1778	14.3	1509	13.1	269	29.3
> 2-3 Stunden	0	0.0	218	1.8	181	1.6	37	4.0
> 3-4 Stunden	0	0.0	63	0.5	50	0.4	13	1.4
> 4-6 Stunden	0	0.0	35	0.3	30	0.3	5	0.5
> 6 Stunden	0	0.0	183	1.5	162	1.4	21	2.3
fehlende Angabe	0	0.0	98	0.8	83	0.7	15	1.6

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse

in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	52.0	108	103	151
50% Perzentil: Median	35.0	37.0	37.0	51.0
5% Perzentil	22.0	17.0	18.0	17.0

11.8 Zeit 1. Bildgebung - Beginn Lyse

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt (ohne Inhouse-Stroke), die im eigenen Haus lysiert wurden)

Zeit 1. Bildgebung - Beginn Lyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	68	79.1	9307	74.8	8796	76.3	511	55.7
> 0.5-1 Stunde	18	20.9	2101	16.9	1851	16.0	250	27.3
> 1-2 Stunden	0	0.0	514	4.1	426	3.7	88	9.6
> 2-3 Stunden	0	0.0	84	0.7	69	0.6	15	1.6
> 3-4 Stunden	0	0.0	25	0.2	21	0.2	4	0.4
> 4-6 Stunden	0	0.0	21	0.2	18	0.2	3	0.3
> 6 Stunden	0	0.0	149	1.2	132	1.1	17	1.9
fehlende Angabe	0	0.0	249	2.0	220	1.9	29	3.2

Zeit 1.

Bildgebung - Beginn Lyse in

in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	44.0	70.0	66.0	111
50% Perzentil: Median	24.0	18.0	18.0	26.0
5% Perzentil	12.0	3.0	3.0	4.0

11.9 Zeit Aufnahme - Leistenpunktion

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt (ohne Inhouse-Strokes) und intraarterieller Therapie im eigenen Haus)

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	0	0.0	77	1.6	75	1.6	2	1.6
> 0.5-1 Stunde	22	51.2	1012	20.5	993	20.6	19	15.0
> 1-2 Stunden	21	48.8	2794	56.5	2736	56.8	58	45.7
> 2-3 Stunden	0	0.0	529	10.7	514	10.7	15	11.8
> 3-4 Stunden	0	0.0	174	3.5	170	3.5	4	3.1
> 4-6 Stunden	0	0.0	98	2.0	91	1.9	7	5.5
> 6 Stunden	0	0.0	221	4.5	212	4.4	9	7.1
fehlende Angabe	0	0.0	43	0.9	30	0.6	13	10.2

Zeit

Aufnahme - Leistenpunktion

in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	87.0	315.0	310.0	613.0
50% Perzentil: Median	59.0	82.0	82.0	94.5
5% Perzentil	46.0	41.0	41.0	39.0

11.10 Zeit 1. Bildgebung - Leistenpunktion

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt (ohne Inhouse-Strokes) und intraarterieller Therapie sowie erster Bildgebung im eigenen Haus)

Zeit 1. Bildgebung - Leistenpunktion in Minuten	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
95% Perzentil	80.0		246.0		243.0		317.0	
50% Perzentil: Median	50.0		63.0		63.0		75.5	
5% Perzentil	29.0		25.0		25.0		23.0	

11.11 Zeit Lyse - Leistenpunktion

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt (ohne Inhouse-Strokes) und Lyse sowie intraarterieller Therapie im eigenen Haus)

Zeit Lyse - Leistenpunktion	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	11	50.0	545	26.2	536	26.6	9	14.5
> 0.5-1 Stunde	8	36.4	917	44.2	892	44.3	25	40.3
> 1-2 Stunden	1	4.5	437	21.0	424	21.0	13	21.0
> 2-3 Stunden	0	0.0	74	3.6	73	3.6	1	1.6
> 3-4 Stunden	0	0.0	29	1.4	26	1.3	3	4.8
> 4-6 Stunden	0	0.0	11	0.5	10	0.5	1	1.6
> 6 Stunden	0	0.0	25	1.2	23	1.1	2	3.2
fehlende Angabe	2	9.1	39	1.9	31	1.5	8	12.9

Zeit Lyse - Leistenpunktion in

Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	55.5	140.0	137.0	249.0
50% Perzentil: Median	30.0	45.0	45.0	54.0
5% Perzentil	9.0	12.0	12.0	15.0

11.12 Rekanalisation

erfolgreiche Rekanalisation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	5	6.8	985	13.6	951	13.4	34	22.8
Ja	69	93.2	6226	86.0	6115	86.2	111	74.5
fehlende Angabe	0	0.0	30	0.4	26	0.4	4	2.7

* bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten IAT

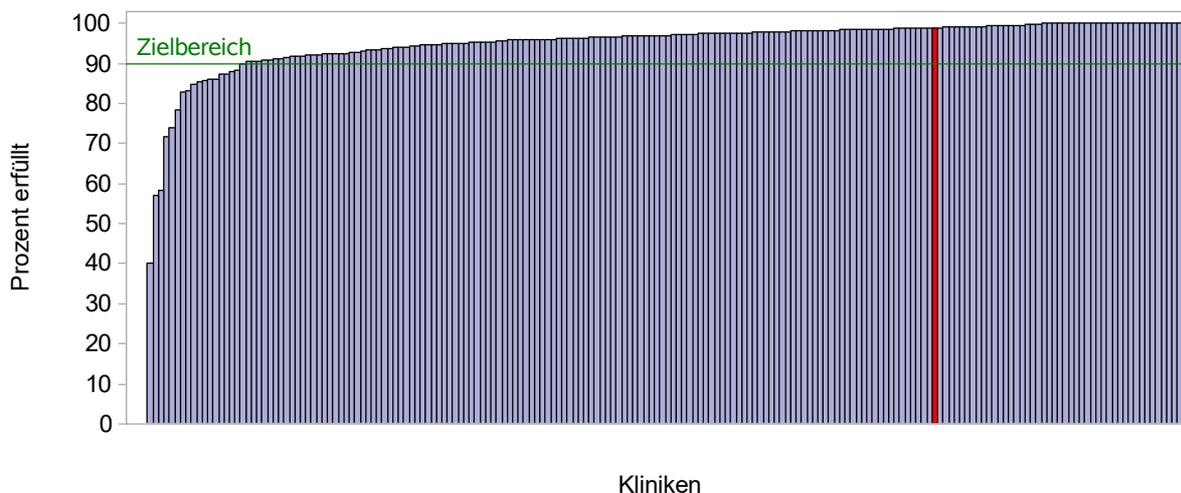
12. Qualitätsindikatoren (QI)

12.1 Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

Qualitätsziel:	Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall (\leq Tag 2 nach Aufnahme) durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Lähmungen durch einen Physiotherapeuten während des Krankenhausaufenthaltes.
Zielbereich:	$\geq 90\%$
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten \leq Tag 2 nach Aufnahme.
Nenner:	Alle Patienten mit dokumentierter Parese und deutlicher Funktionseinschränkung (Rankin Scale ≥ 3 und/oder Summe Barthel-Index ≤ 70 innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme) und mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag. Patienten mit Diagnose TIA und Patienten mit komatöser Bewusstseinslage bei Aufnahme sind ausgeschlossen, ebenso Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden.
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	98.9	96.2	96.2	95.5

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

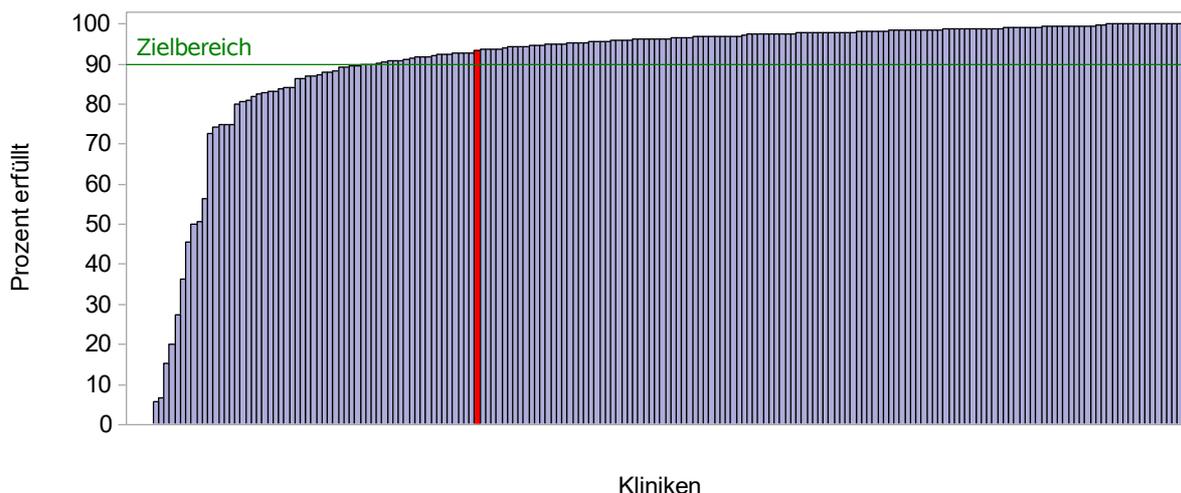


12.2 Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

Qualitätsziel:	Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall (\leq Tag 2 nach Aufnahme) durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie und/oder Dysphagie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes.
Zielbereich:	$\geq 90\%$
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch Logopäden \leq Tag 2 nach Aufnahme.
Nenner:	Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie und/oder Dysphagie bei Aufnahme und einer Liegezeit von mindestens einem Tag. Patienten mit Diagnose TIA und Patienten mit komatöser Bewusstseinslage oder mit Somnolenz/Sopor bei Aufnahme sind ausgeschlossen, ebenso Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnosetik/-therapie innerhalb von 12 Stunden.
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.5	94.6	94.9	91.4

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

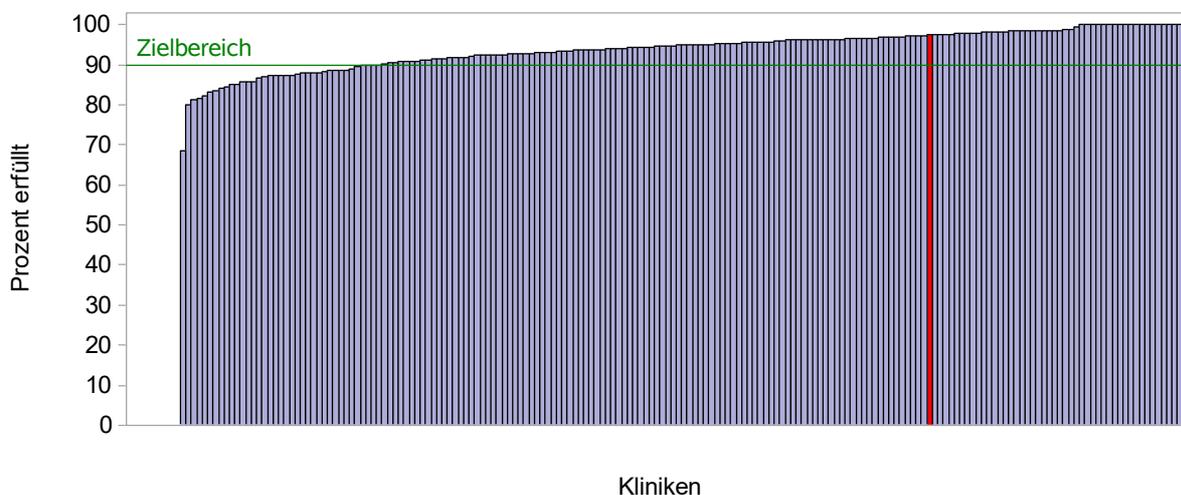


12.3 Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

Qualitätsziel:	Therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach Hirninfarkt oder TIA als Sekundärprophylaxe bei Entlassung sofern keine Kontraindikationen bestehen.
Zielbereich:	≥ 90%
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung/Verlegung oder mit Empfehlung zur Antikoagulation im Entlass-/Verlegungsbrief.
Nenner:	Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt mit Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen werden und bei Entlassung mobil sind (operationalisiert durch die Kategorien 10 - 15 im Item "Lagewechsel Bett - Stuhl" und die Kategorien 10 - 15 im Item "Fortbewegung" im Barthel-Index bei Entlassung) und eine geringe Funktionsbeeinträchtigung haben (operationalisiert durch Rankin Scale 0 - 3 bei Entlassung). Patienten < 18 Jahren sind ausgeschlossen, ebenso Patienten mit palliativer Zielsetzung sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne spätere Rückverlegung .
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	97.4	94.1	94.1	93.9

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

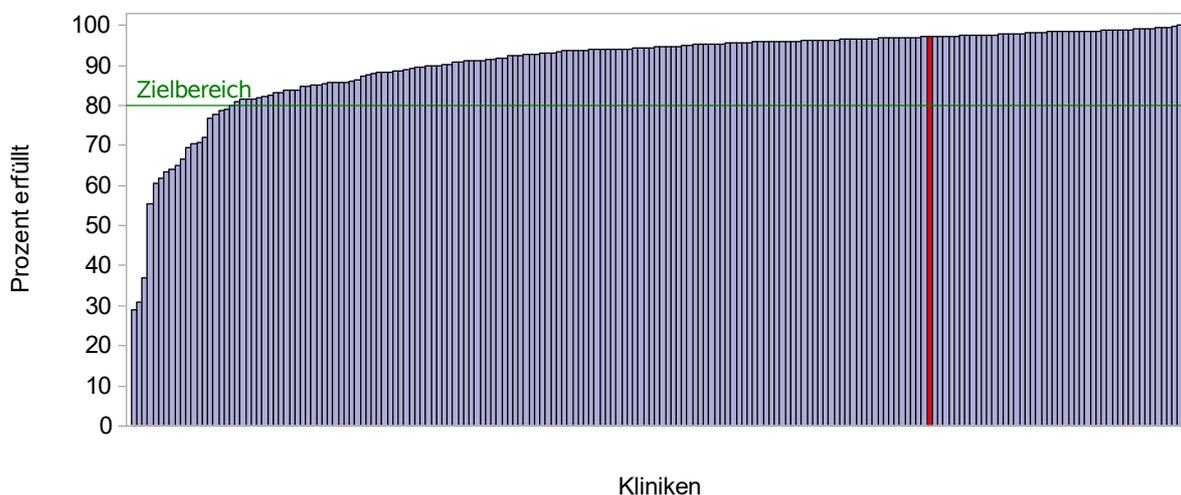


12.4 Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA

Qualitätsziel:	Durchführung einer Hirngefäßdiagnostik bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA.
Zielbereich:	≥ 80%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Patienten mit Hirngefäßdiagnostik (Doppler/Duplex-Sonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanz- oder Computertomographische Angiographie) spätestens am Folgetag der Aufnahme.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA ohne Gefäßdiagnostik vor Aufnahme. Patienten mit Inhouse-Stroke sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	97.3	93.8	94.3	89.0

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.



12.5 a) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

Qualitätsziel:	Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus "verstorben" bis einschließlich Tag 7.
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben" bis einschließlich Tag 7.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt. Patienten, die vor dem siebten Tag in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen verlegt wurden sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne spätere Rückverlegung, sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, Schweregrad (operationalisiert durch die Anzahl der neurologischen Ausfälle), Vorhofflimmern, Diabetes, vorheriger Schlaganfall.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

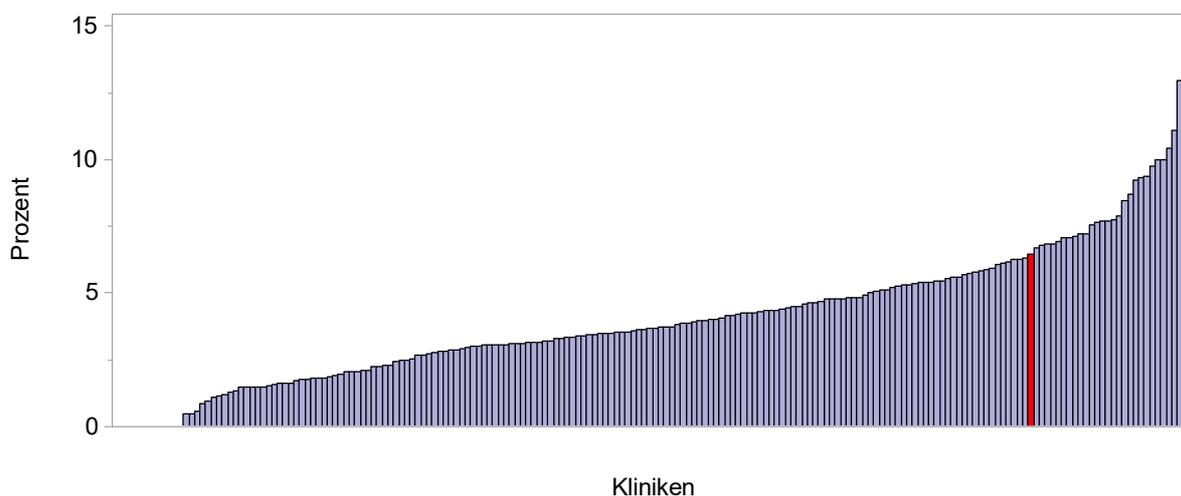
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	6.4	4.5	4.5	3.8

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

Odds Ratio (OR) für in der eigenen Klinik behandelten Patienten hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit des Entlassungsstatus "verstorben bis Tag 7" im Vergleich zu den Patienten anderer teilnehmender Kliniken:

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
1.30	0.79	bis	2.04

OR wurde mittels logistischer Regression berechnet und für Alter, Geschlecht, Schweregrad des Schlaganfalles (Anzahl neurologischer Ausfälle) Vorhofflimmern, Diabetes sowie vorherigem Schlaganfall adjustiert. Eine OR < 1 bedeutet eine niedrigere, eine OR > 1 eine höhere Wahrscheinlichkeit. Schließt das Konfidenzintervall die 1 ein, ist das Ergebnis statistisch nicht signifikant.



12.5 b) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit palliativer Zielsetzung

Qualitätsziel:	Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus "verstorben" bis einschließlich Tag 7.
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben" bis einschließlich Tag 7.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt ohne palliative Zielsetzung. Patienten, die vor dem siebten Tag in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen verlegt wurden sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne spätere Rückverlegung, sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, Schweregrad (operationalisiert durch die Anzahl der neurologischen Ausfälle), Vorhofflimmern, Diabetes, vorheriger Schlaganfall.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

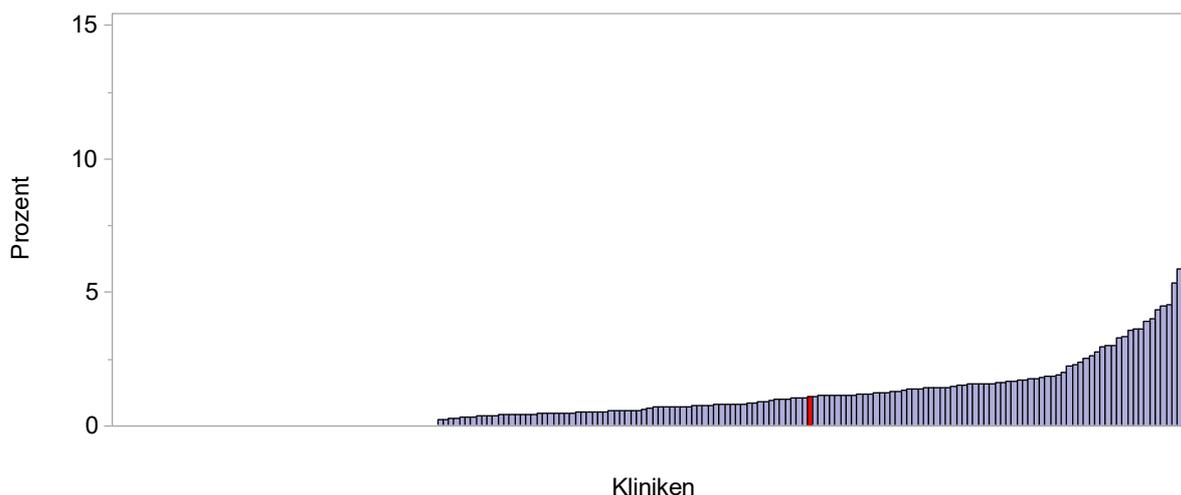
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	1.1	1.0	1.0	1.2

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

Odds Ratio (OR) für in der eigenen Klinik behandelten Patienten hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit des Entlassungsstatus "verstorben bis Tag 7" im Vergleich zu den Patienten anderer teilnehmender Kliniken:

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
1.06	0.32	bis	2.55

OR wurde mittels logistischer Regression berechnet und für Alter, Geschlecht, Schweregrad des Schlaganfalles (Anzahl neurologischer Ausfälle) Vorhofflimmern, Diabetes sowie vorherigem Schlaganfall adjustiert. Eine OR < 1 bedeutet eine niedrigere, eine OR > 1 eine höhere Wahrscheinlichkeit. Schließt das Konfidenzintervall die 1 ein, ist das Ergebnis statistisch nicht signifikant.



12.6 Pneumonierate nach Schlaganfall

Qualitätsziel:	Niedriger Anteil der Patienten nach Hirninfarkt, die im Krankenhaus eine Pneumonie entwickeln.
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Komplikation "Pneumonie".
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt unter Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne spätere Rückverlegung.
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, Schweregrad (operationalisiert durch die Anzahl der neurologischen Ausfälle), Beatmung.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

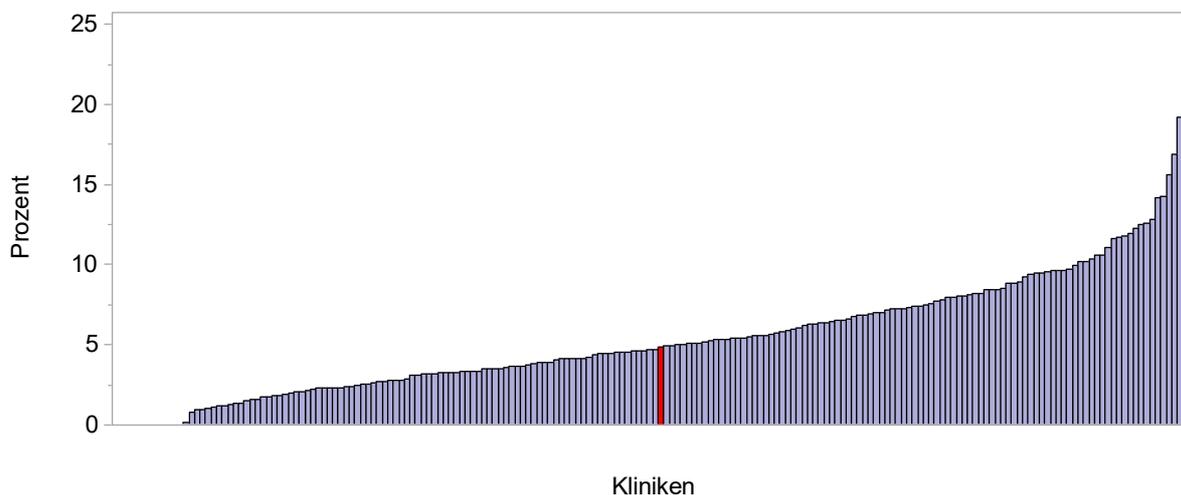
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Komplikation Pneumonie	4.9	6.2	6.3	4.5

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

Odds Ratio (OR) für in der eigenen Klinik behandelten Patienten hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit "Pneumonie nach Schlaganfall" im Vergleich zu den Patienten anderer teilnehmender Kliniken:

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
0.57	0.35	bis	0.89

OR wurde mittels logistischer Regression berechnet und für Alter, Geschlecht sowie Schweregrad des Schlaganfalles (Anzahl neurologischer Ausfälle) adjustiert. Eine OR < 1 bedeutet eine niedrigere, eine OR > 1 eine höhere Wahrscheinlichkeit. Schließt das Konfidenzintervall die 1 ein, ist das Ergebnis statistisch nicht signifikant.

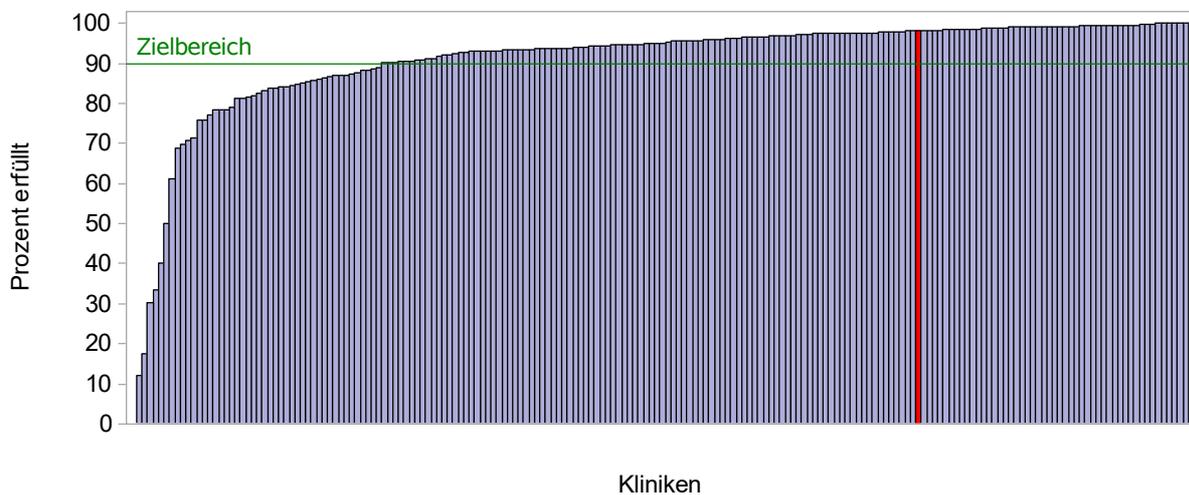


12.7 Screening für Schluckstörungen

Qualitätsziel:	Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall.
Zielbereich:	≥ 90%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Patienten mit Schlucktest nach Protokoll.
Nenner:	Alle Patienten mit Schlaganfall und einer Liegezeit von mindestens einem Tag. Patienten mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen und Fälle, in denen ein Schlucktest nicht durchführbar ist, sind ausgeschlossen. Ebenso sind Fälle mit Verlegung innerhalb von 12 Stunden ausgeschlossen
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	98.2	94.0	94.8	86.9

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

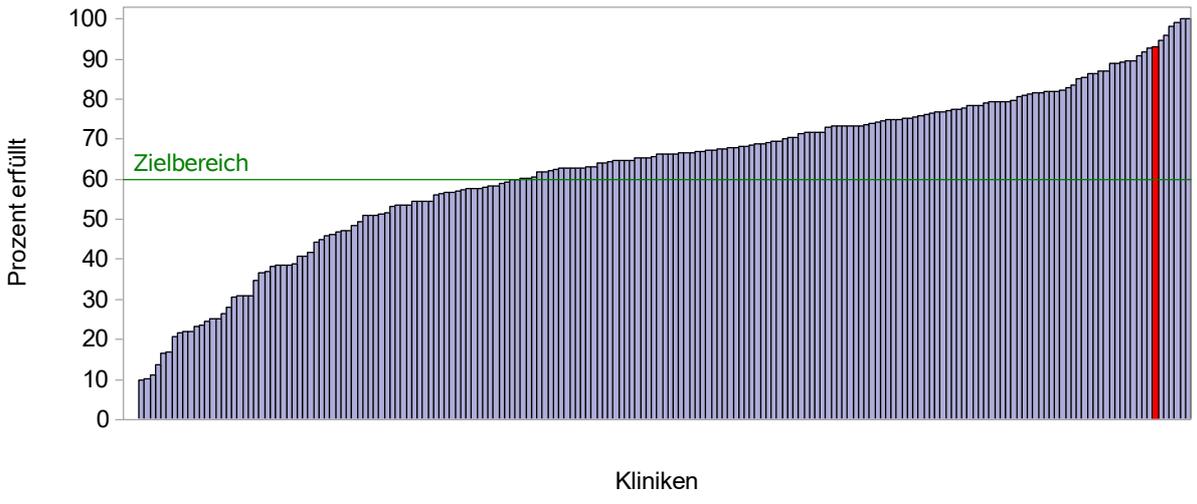


12.8 a) Anteil der Patienten mit Bildgebung innerhalb von 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen bildgebenden Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für eine Rekanalisationstherapie, operationalisiert durch den Anteil der Patienten mit Intervall "Aufnahme - 1. Bildgebung" ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden.
Zielbereich:	≥ 60%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Patienten mit Intervall "Aufnahme - 1. Bildgebung" (CCT und/oder MRT) ≤ 30 Minuten.
Nenner:	Alle Patienten mit Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden (inklusive Inhouse-Stroke). Patienten mit Bildgebung vor Aufnahme sowie Fälle mit TIA sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.1	66.4	68.0	49.7

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

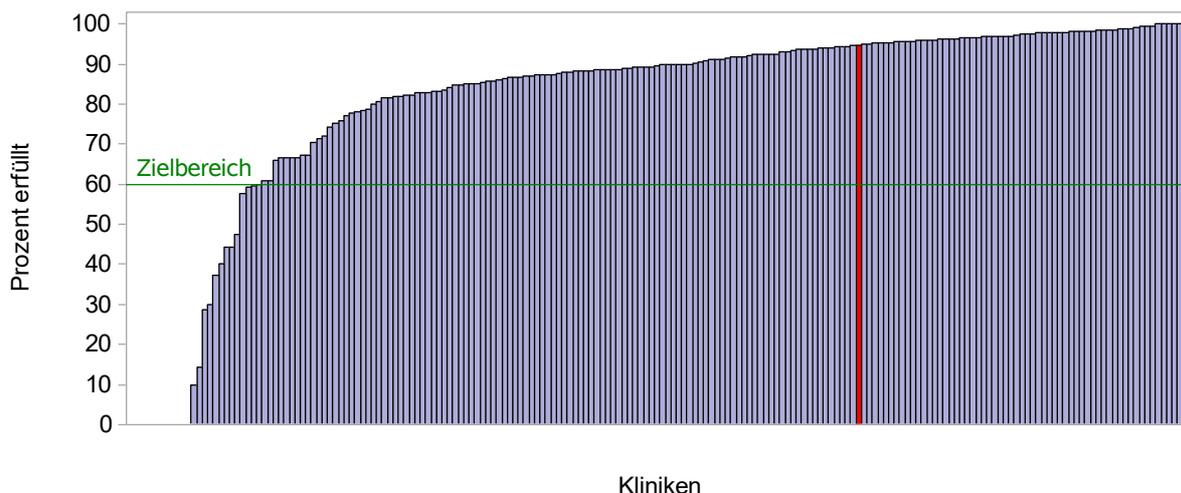


12.8 b) CT- / MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung

Qualitätsziel:	Möglichst häufig Durchführung einer CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an native Bildgebung bei Patienten mit Hirnfarkt.
Zielbereich:	≥ 60%
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Patienten mit CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an native Bildgebung im eigenen Haus
Nenner:	Alle Patienten mit Hirnfarkt und Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden (inklusive Inhouse-Stroke) und einem NIHSS ≥ 4. Fälle mit Bilgebung vor Aufnahme sowie CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie vor Aufnahme sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	94.8	90.7	92.0	76.0

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

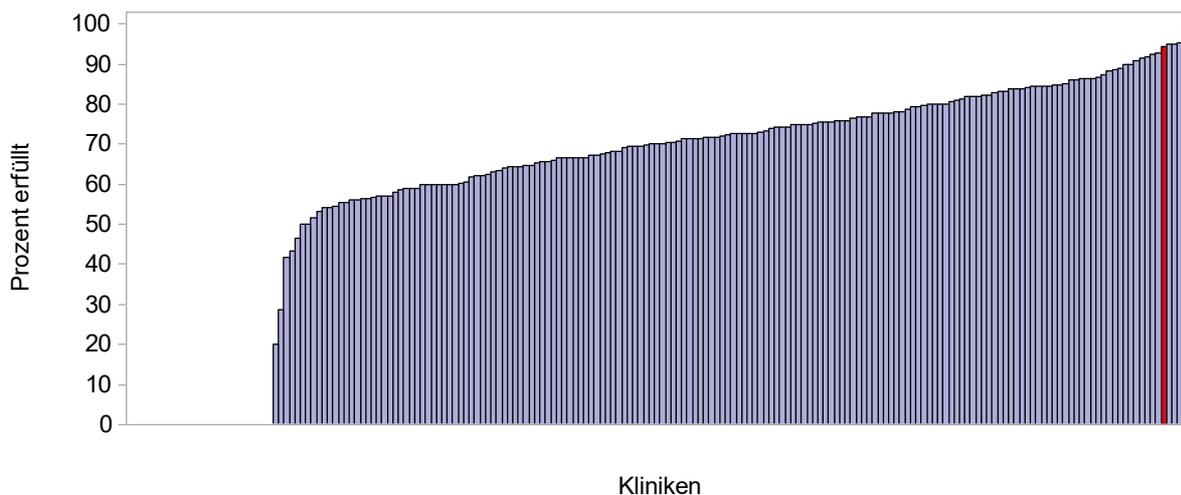


12.9 a) Frühe systemische Thrombolyse (innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme, Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)

Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Patienten mit intravenöser Lysetherapie im eigenen Haus.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden (inklusive Inhouse-Stroke) sowie ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse (NIHSS 4-25) im Alter zwischen 18 und 80 Jahren.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	94.3	71.9	72.1	70.0

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

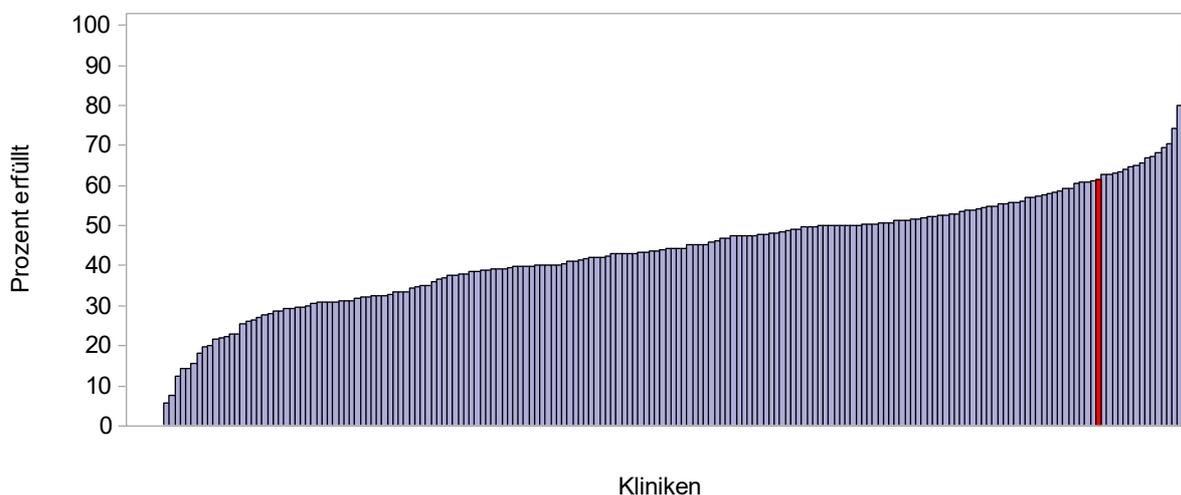


12.9 b) Frühe systemische Thrombolyse innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme

Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die bei entsprechenden Voraussetzungen eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Patienten mit intravenöser Lysetherapie im eigenen Haus.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden (inklusive Inhouse-Stroke). Patienten mit Verlegung zur Thrombolyse bzw. mit durchgeführter Thrombolyse in vorbehandelnder Einrichtung und Patienten ohne Thromolyse mit IAT sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	61.4	44.7	45.2	39.7

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

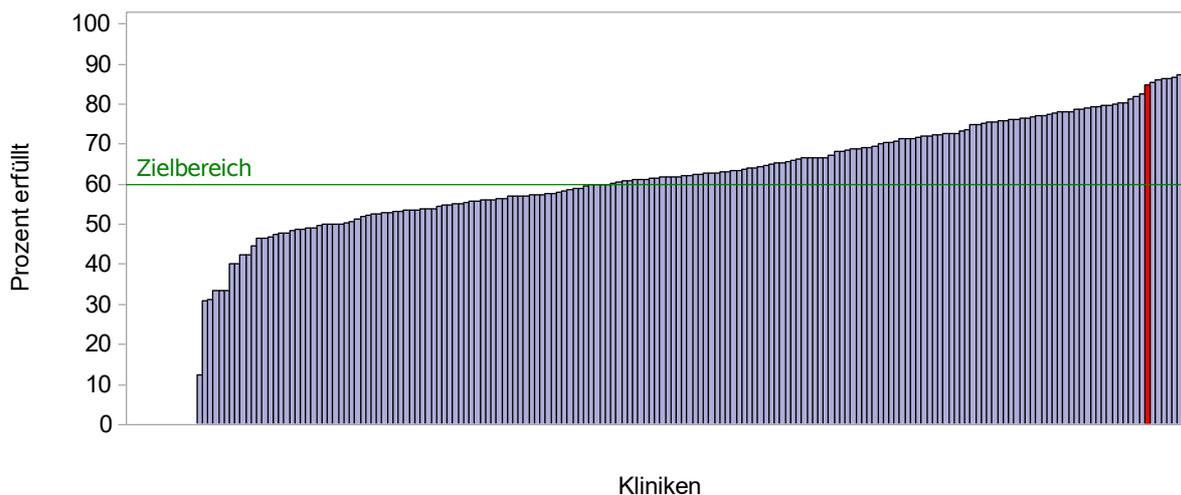


12.9 c) Frühe systemische Thrombolyse (innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme, ohne Altersbeschränkung, NIHSS 4-25)

Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.
Zielbereich:	≥ 60%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Patienten mit intravenöser Lysetherapie im eigenen Haus.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden (inklusive Inhouse-Stroke) sowie ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse (NIHSS 4-25) ohne Altersbeschränkung.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	84.8	63.4	63.7	59.6

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

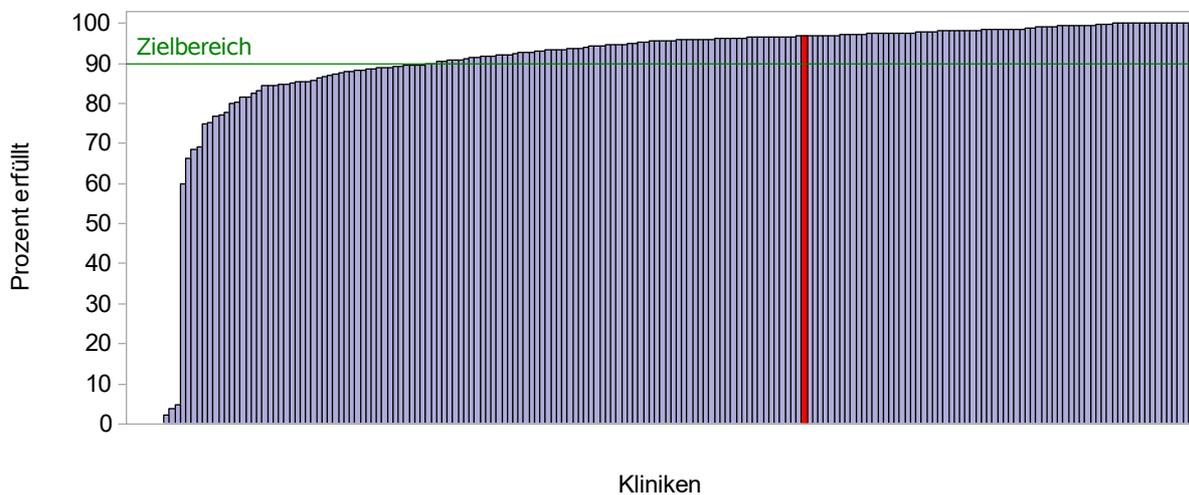


12.10 Behandlung auf einer Stroke Unit

Qualitätsziel:	Aufnahme möglichst vieler Patienten mit Hirninfarkt oder TIA auf einer Stroke Unit, wenn das Ereignis innerhalb von 24 Stunden vor Aufnahme eintrat.
Zielbereich:	≥ 90%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Patienten, die auf einer Stroke Unit aufgenommen bzw. behandelt werden.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA, die mit Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 24 Stunden in der Klinik aufgenommen werden (inklusive Inhouse-Stroke).
Nenner:	
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	96.9	93.4	93.6	90.8

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

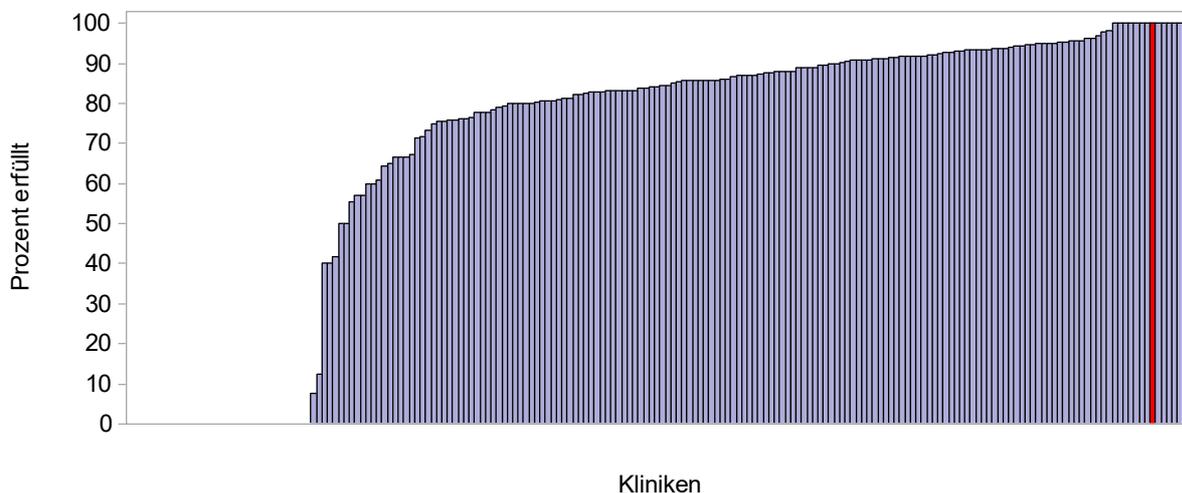


12.11 a) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)

Qualitätsziel:	Hoher Anteil von Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 60 Minuten bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 60 Minuten.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und intravenöser Lyse im eigenen Haus mit Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden (inklusive Inhouse-Stroke) sowie ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse (NIHSS 4-25) im Alter zwischen 18 und 80 Jahren.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	100	86.3	87.6	69.1

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

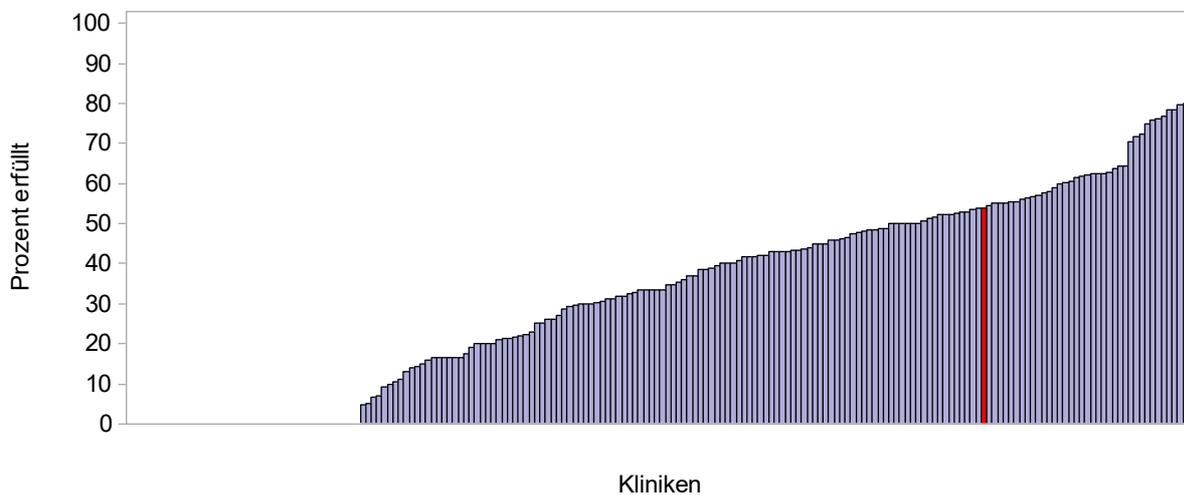


12.11 b) Door-to-needle time ≤ 30 Minuten (Alter ≤ 80 Jahre, NIHSS 4-25)

Qualitätsziel:	Hoher Anteil von Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 30 Minuten bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 30 Minuten.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und intravenöser Lyse im eigenen Haus mit Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden (inklusive Inhouse-Stroke) sowie ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse (NIHSS 4-25) im Alter zwischen 18 und 80 Jahren.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	53.8	42.3	43.5	26.6

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

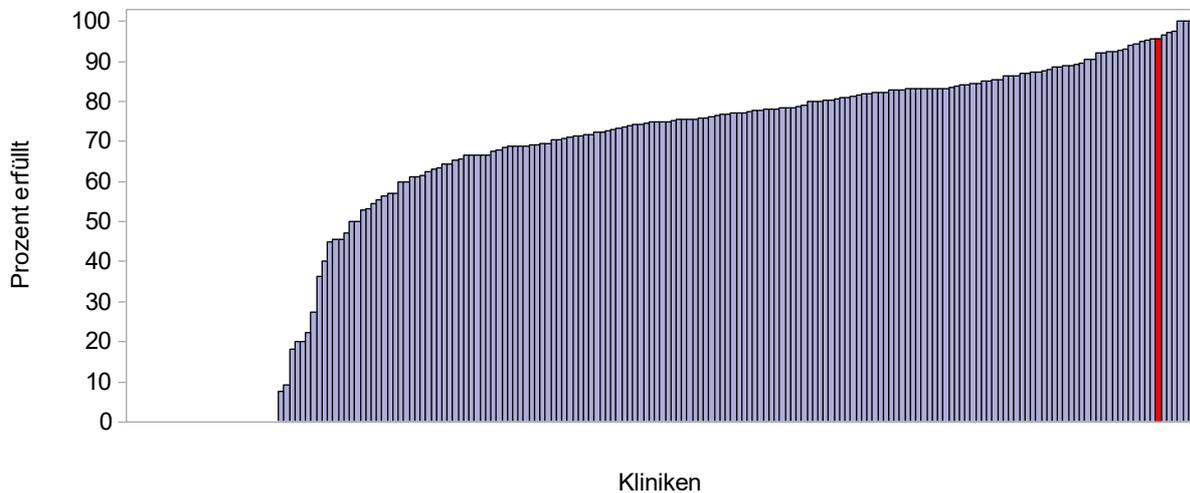


12.11 c) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten Off-Label Use

Qualitätsziel:	Hoher Anteil von Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 60 Minuten bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 60 Minuten.
Nenner:	Patienten mit Hirninfarkt und intravenöser Thrombolyse im eigenen Haus (inklusive Inhouse-Stroke) bei Off-Label Use: Alter über 80 Jahre oder Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≥ 4 Stunden oder einem NHISS ≤ 4 oder einem NHISS ≤ 25.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	95.7	78.3	79.6	59.9

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

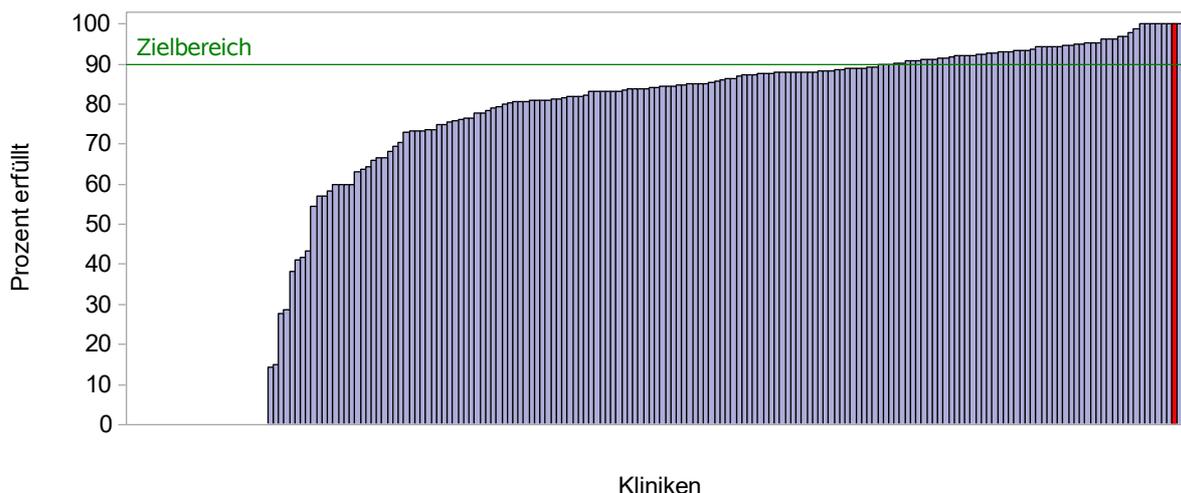


12.11 d) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten ohne Altersbeschränkung

Qualitätsziel:	Hoher Anteil von Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 60 Minuten bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse ohne Altersbeschränkung.
Zielbereich:	≥ 90%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 60 Minuten.
Nenner:	Patienten mit Hirninfarkt und intravenöser Thrombolyse im eigenen Haus (inklusive Inhouse-Strokes) mit Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≥ 4 Stunden sowie einem NHISS ≤ 4 - 25 ohne Altersbeschränkung.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	100	85.4	86.9	66.2

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

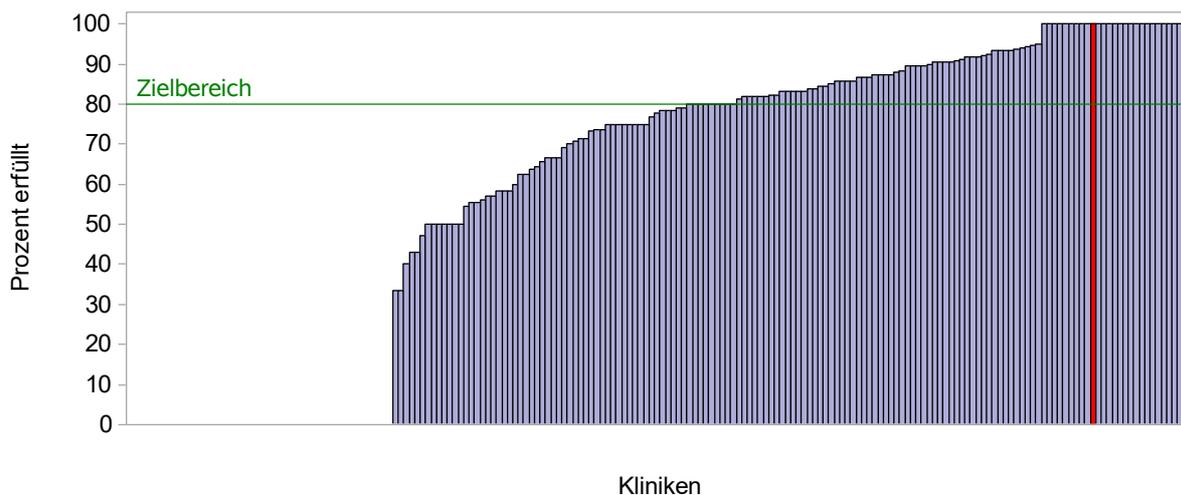


12.12 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose

Qualitätsziel:	Hoher Anteil frühzeitig mittels Revaskularisierung (Operation) behandelter Patienten mit symptomatischer Karotisstenose nach TIA oder nicht-behinderndem Hirninfarkt.
Zielbereich:	≥ 80%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit operativer Revaskularisierung (während des dokumentierten Aufenthaltes, verlegt (extern) zur Revaskularisierung bzw. im Arztbrief empfohlen).
Nenner:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA und Nachweis einer symptomatischen Karotisstenose ≥ 70% und < 100%; Rankin Scale bei Entlassung ≤ 3, ohne Patienten mit Intraarterieller Therapie, Patienten mit palliativer Zielsetzung sowie Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	100	81.0	81.8	72.5

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.



12.13 a) Sterblichkeit nach Rekanalisation

Qualitätsziel:	Niedriger Anteil von Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben" nach Thrombolyse und/oder Intraarterieller Therapie.
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben".
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und Thrombolyse und/oder Intraarterieller Therapie. Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne Rückverlegung sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, NIHSS bei Aufnahme, sekundäre symptomatische intrazerebrale Blutung.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

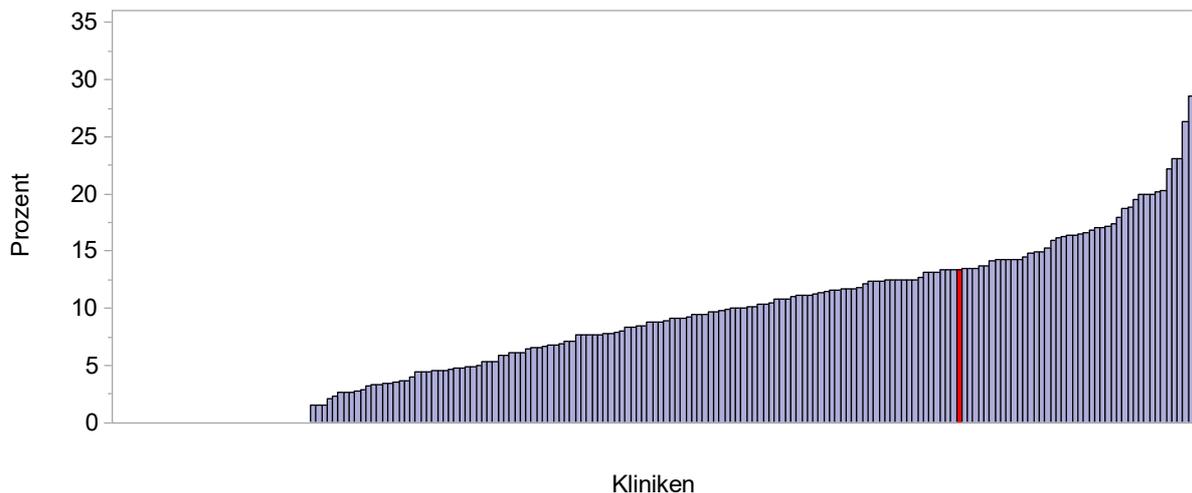
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	13.4	11.6	11.7	0.0

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

Odds Ratio (OR) für in der eigenen Klinik behandelten Patienten hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit des Entlassungsstatus "verstorben" im Vergleich zu den Patienten anderer teilnehmender Kliniken:

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
0.84	0.48	bis	1.40

OR wurde mittels logistischer Regression berechnet und für Alter, Geschlecht, NIHSS bei Aufnahme und dem Auftreten einer sekundären symptomatischen intrazerebralen Blutung adjustiert. Eine OR < 1 bedeutet eine niedrigere, eine OR > 1 eine höhere Wahrscheinlichkeit. Schließt das Konfidenzintervall die 1 ein, ist das Ergebnis statistisch nicht signifikant.



12.13 b) Sterblichkeit nach Thrombolyse

Qualitätsziel:	Niedriger Anteil von Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben" nach Thrombolyse.
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben".
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und Thrombolyse. Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne Rückverlegung sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, NIHSS bei Aufnahme, sekundäre symptomatische intrazerebrale Blutung.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

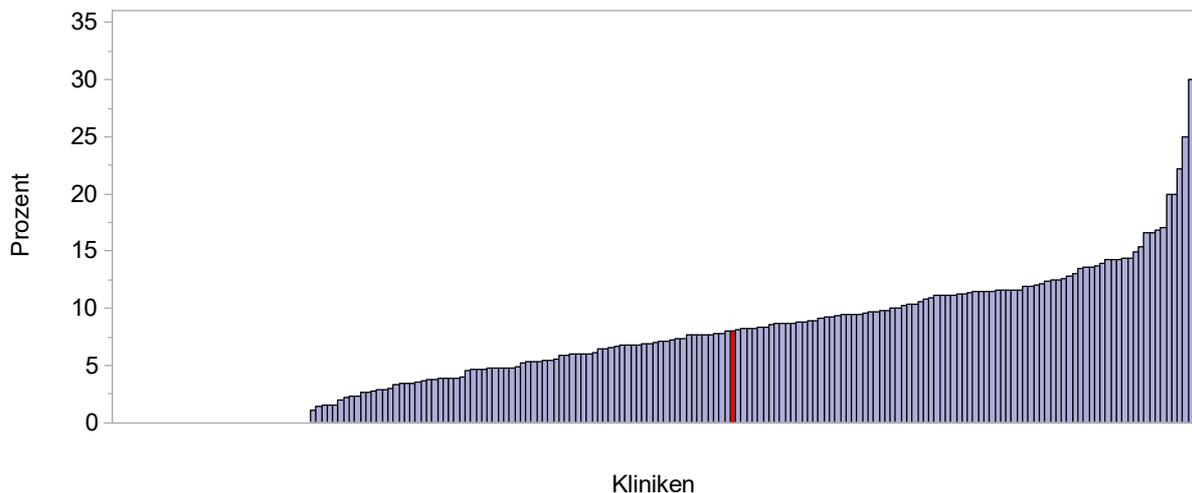
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	8.0	8.5	8.6	0.0

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

Odds Ratio (OR) für in der eigenen Klinik behandelten Patienten hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit des Entlassungsstatus "verstorben" im Vergleich zu den Patienten anderer teilnehmender Kliniken:

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
0.67	0.29	bis	1.36

OR wurde mittels logistischer Regression berechnet und für Alter, Geschlecht, NIHSS bei Aufnahme und dem Auftreten einer sekundären symptomatischen intrazerebralen Blutung adjustiert. Eine OR < 1 bedeutet eine niedrigere, eine OR > 1 eine höhere Wahrscheinlichkeit. Schließt das Konfidenzintervall die 1 ein, ist das Ergebnis statistisch nicht signifikant.



12.13 c) Sterblichkeit nach Intraatrieller Therapie

Qualitätsziel:	Niedriger Anteil von Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben" nach Intraatrieller Therapie.
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben".
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und Intraatrieller Therapie. Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne Rückverlegung sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, NIHSS bei Aufnahme, sekundäre symptomatische intrazerebrale Blutung.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

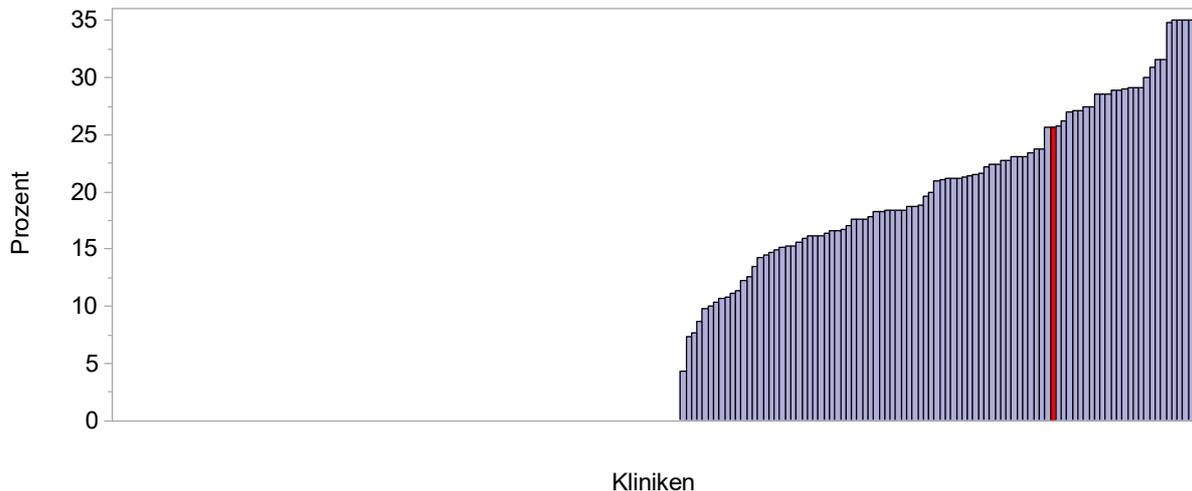
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	25.7	19.9	19.9	0.0

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

Odds Ratio (OR) für in der eigenen Klinik behandelten Patienten hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit des Entlassungsstatus "verstorben" im Vergleich zu den Patienten anderer teilnehmender Kliniken:

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
1.08	0.60	bis	1.88

OR wurde mittels logistischer Regression berechnet und für Alter, Geschlecht, NIHSS bei Aufnahme und dem Auftreten einer sekundären symptomatischen intrazerebralen Blutung adjustiert. Eine OR < 1 bedeutet eine niedrigere, eine OR > 1 eine höhere Wahrscheinlichkeit. Schließt das Konfidenzintervall die 1 ein, ist das Ergebnis statistisch nicht signifikant.

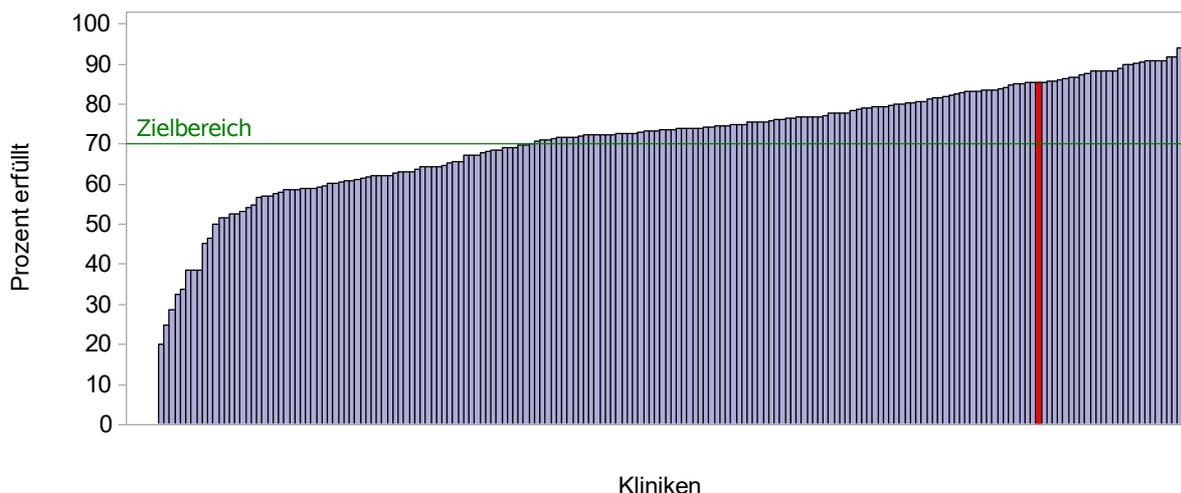


12.14 Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen

Qualitätsziel:	Hoher Anteil der Patienten, die nach Entlassung eine medizinische Rehabilitation nach Schlaganfall erhalten.
Zielbereich:	≥ 70%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten, für die nach Entlassung eine ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation (nach §40 SGB V) von der Klinik veranlasst wurde (Organisation oder Anmeldung; nicht notwendigerweise direkte Verlegung in die Rehabilitation).
Nenner:	Patienten ohne vorherige Pflegeheimunterbringung mit Rankin Scale 2-5 bei Entlassung; ausgeschlossen sind Patienten, die in eine andere Akutklinik verlegt werden, Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne spätere Rückverlegung sowie Patienten bei denen eine palliative Zielsetzung festgelegt wurde.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	85.5	73.2	74.5	62.2

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

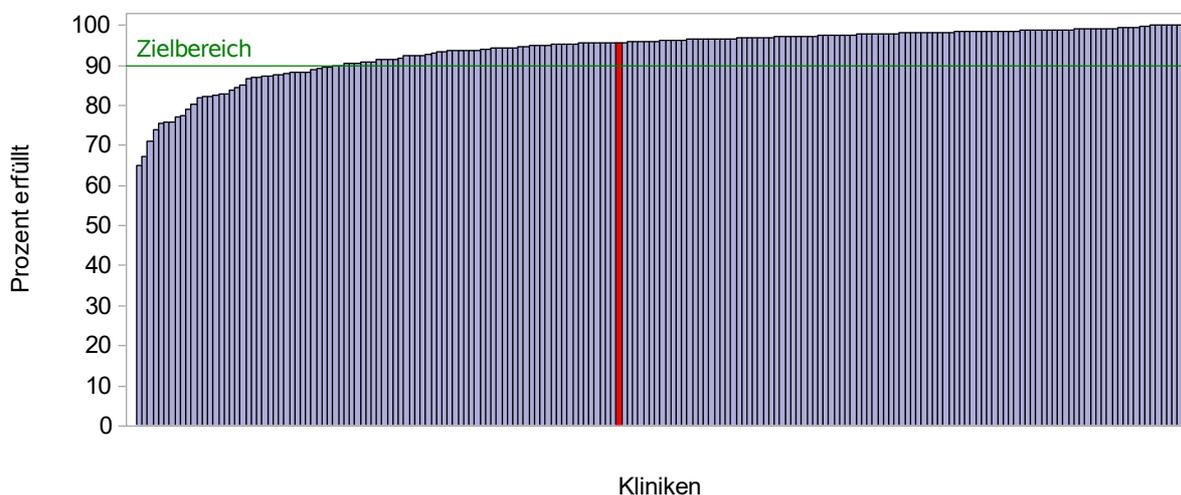


12.15 Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung

Qualitätsziel:	Gabe von Statinen bei Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA.
Zielbereich:	≥ 90%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten, die zum Entlassungszeitpunkt ein Statin erhielten oder denen ein Statin verordnet oder empfohlen wurde.
Nenner:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA, die lebend entlassen wurden. Fälle mit palliativer Zielsetzung sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne spätere Rückverlegung sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	95.8	94.1	94.4	91.3

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

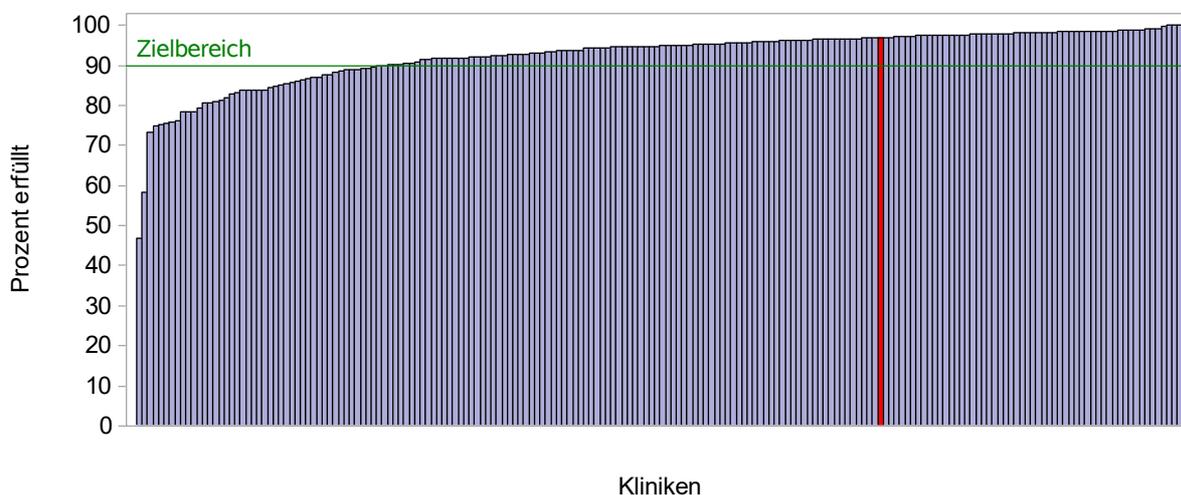


12.16 Vorhofflimmern-Diagnostik

Qualitätsziel:	Vorhofflimmern-Diagnostik bei Patienten mit Hirnfarkt oder TIA.
Zielbereich:	≥ 90%
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Patienten mit während des stationären Aufenthaltes durchgeführter Rythmusdiagnostik.
Nenner:	Patienten ohne vorbekanntes Vorhofflimmern mit Hirninfarkt oder TIA. Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden ohne spätere Rückverlögung sowie Patienten, bei denen eine palliative Zielsetzung festgelegt wurde sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	97.0	93.4	93.7	90.3

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

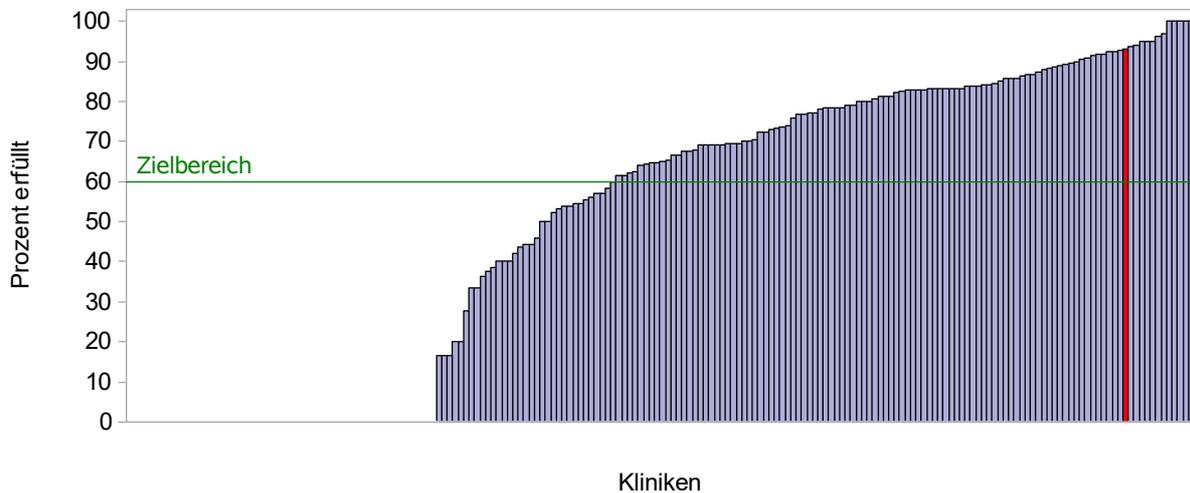


12.17 a) Intraarterielle Therapie innerhalb von 6 Stunden nach Aufnahme

Qualitätsziel:	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt innerhalb von 6 Stunden nach Aufnahme.
Zielbereich:	≥ 60%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit Durchführung bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie
Nenner:	Alle Patienten mit Gefäßverschluss (Carotis-T, M1 oder BA) und Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden (inklusive Inhouse-Stroke). Fälle, die bereits vor Aufnahme eine IAT erhalten haben, sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.0	78.1	79.3	51.6

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

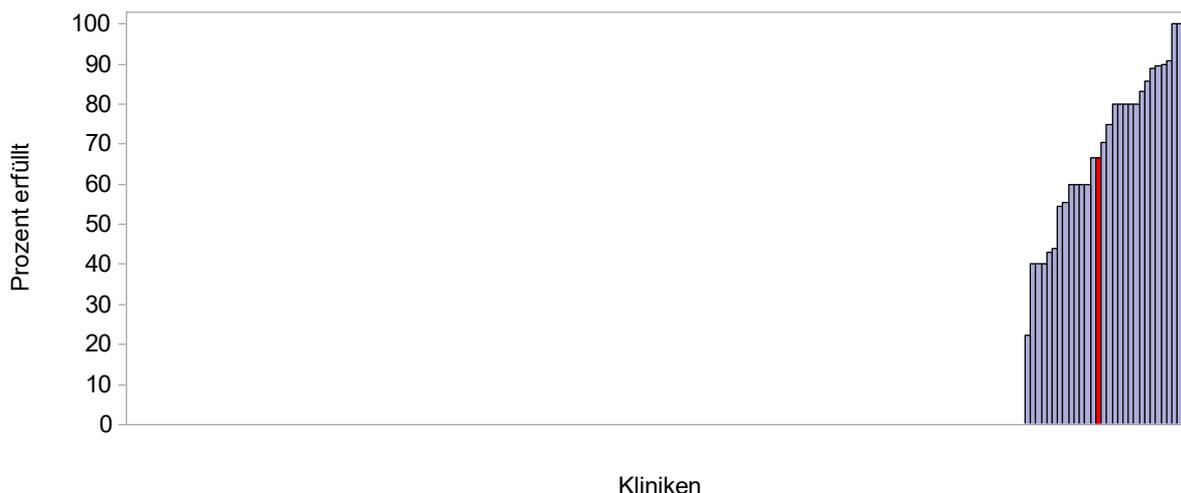


12.17 c) Intraarterielle Therapie innerhalb von 7 bis 24 Stunden nach Aufnahme

Qualitätsziel:	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt Zeitfenster > 6-24 Stunden nach Aufnahme.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit Durchführung bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie
Nenner:	Alle Patienten mit Gefäßverschluss (Carotis-T, M1 oder BA) und Intervall "Ereignis - Aufnahme" > 6-24 Stunden unter Ausschluss von Fällen, die bereits vor Aufnahme eine IAT erhalten haben
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	66.7	70.7	70.7	0.0

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

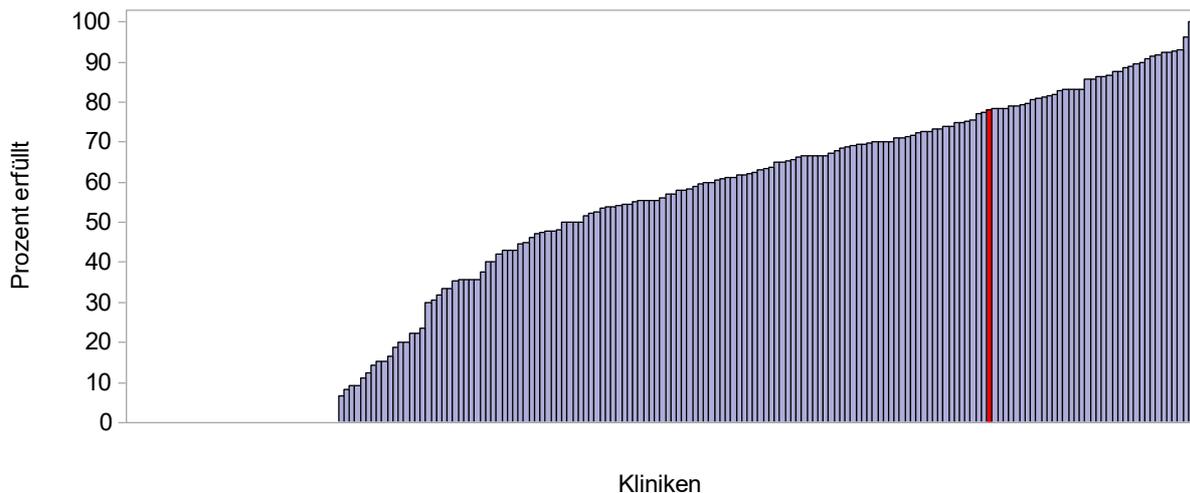


12.17 c) Intraartielle Therapie

Qualitätsziel:	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit Durchführung bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und einem Gefäßverschluss (Carotis-T, M1 oder BA) unter Ausschluss von Fällen, die bereits vor Aufnahme eine IAT erhalten haben.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	77.9	69.2	70.9	38.3

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

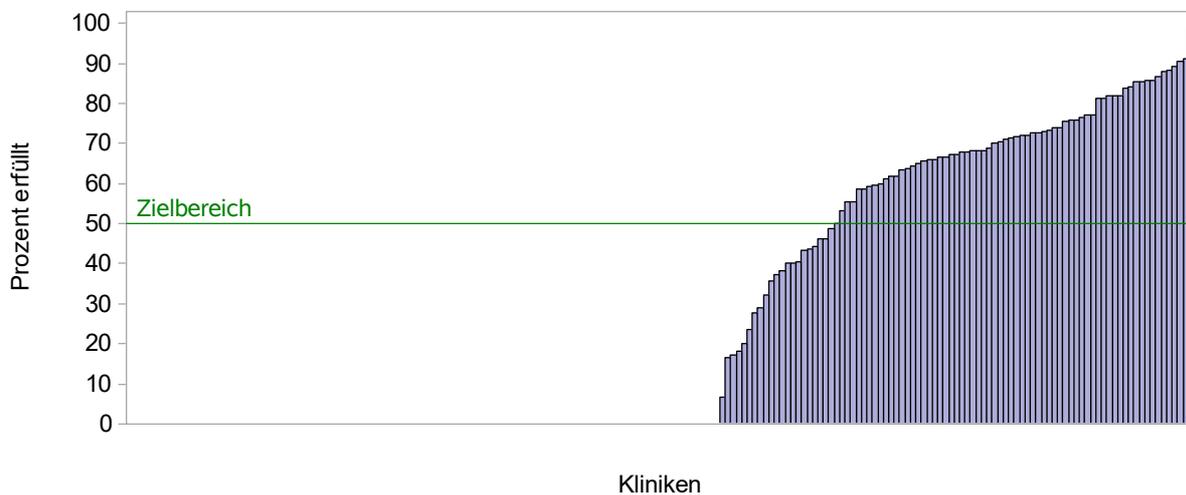


12.18 a) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
Zielbereich:	≥ 50%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Zeit zwischen Aufnahme und Punktion (Door-to-Puncture-Time) ≤ 90 Minuten
Nenner:	Alle Patienten mit im eigenen Haus durchgeführter intraarterieller Therapie
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	98.6	67.5	67.9	45.4

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

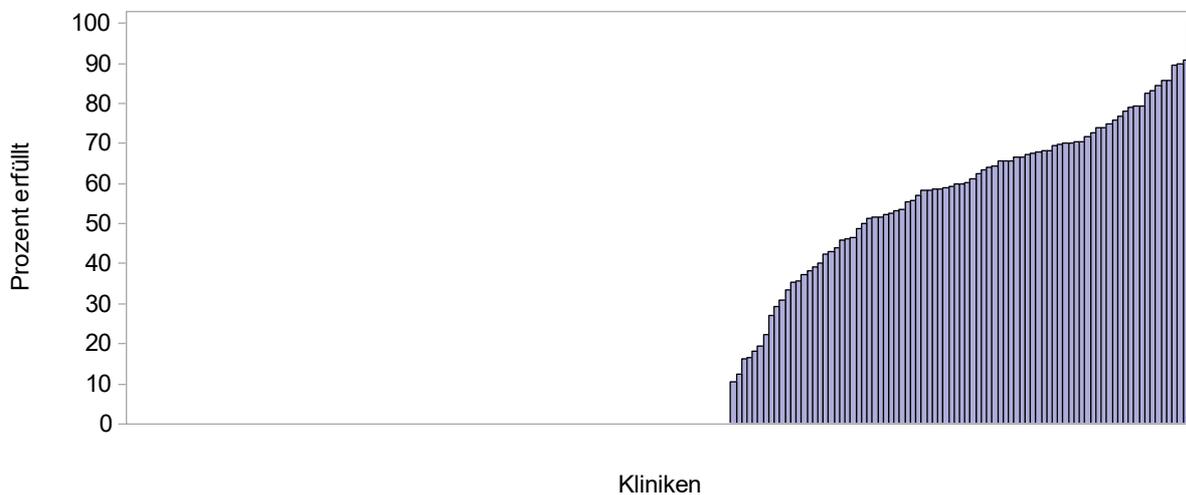


12.18 b) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse noch NICHT vor Aufnahme durchgeführt)

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Zeit zwischen Aufnahme und Punktion (Door-to-Puncture-Time) ≤ 90 Minuten
Nenner:	Alle Patienten mit im eigenen Haus durchgeführter intraarterieller Therapie bei ischämischen Hirninfarkten (nur Direct to Center Fälle)
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	100	59.6	60.0	44.5

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

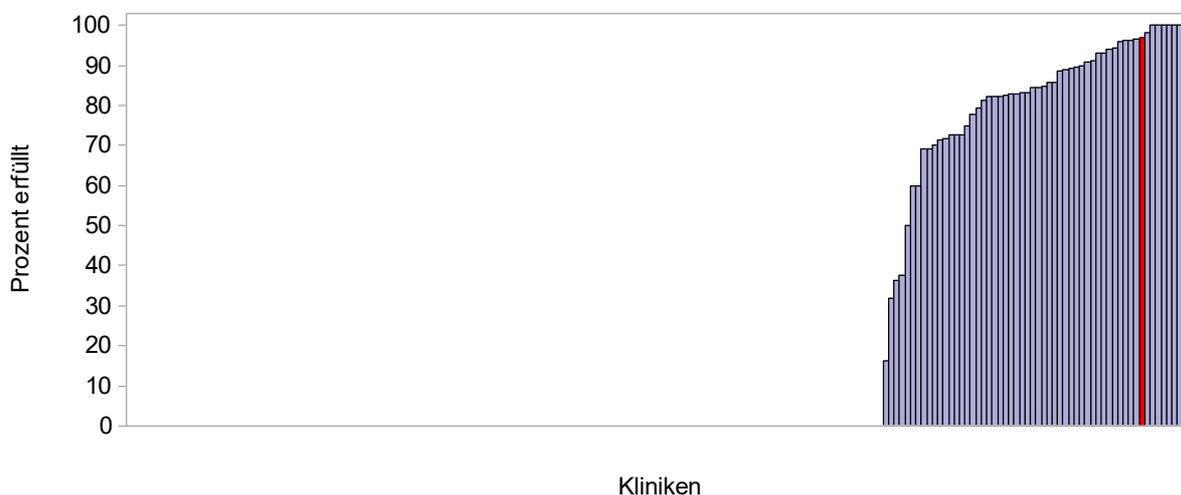


12.18 c) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse bereits vor Aufnahme durchgeführt)

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Zeit zwischen Aufnahme und Punktion (Door-to-Puncture-Time) ≤ 90 Minuten
Nenner:	Alle Patienten mit im eigenen Haus durchgeführter intraarterieller Therapie bei ischämischen Hirninfarkten (nur Drip and Ship Fälle)
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	96.8	84.0	84.3	43.8

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

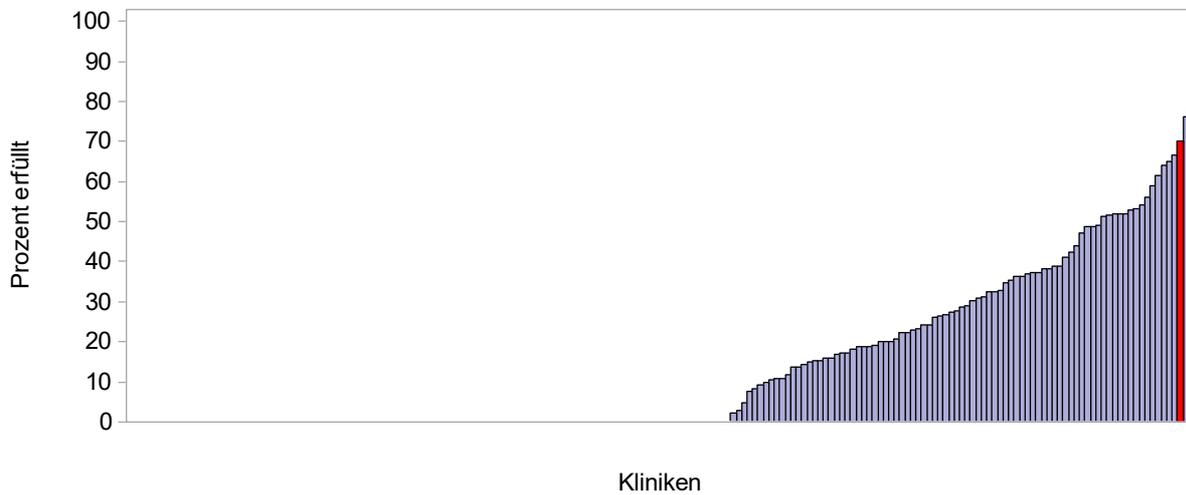


12.18 d) Door-to-Puncture-Time ≤ 60 Minuten

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Zeit zwischen Aufnahme und Punktion (Door-to-Puncture-Time) ≤ 60 Minuten
Nenner:	Alle Patienten mit im eigenen Haus durchgeführter intraarterieller Therapie bei ischämischen Hirninfarkten
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	70.3	35.5	35.7	22.3

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.



12.19 Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Bildgebung und Verlegung zur intrarteriellen Therapie
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung ≤ 60 Minuten
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt, die bei erster Bildgebung im eigenen Haus zur intraarteriellen Therapie nach Primärdiagnostik (innerhalb von 12 Stunden) in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	.	40.3	40.9	30.9

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.



12.20 Erreichen des Rekanalisationsziels

Qualitätsziel:	Möglichst oft Erreichen des Rekanalisationsziels (im Sinne der Gefäßwiedereröffnung).
Zielbereich:	≥ 80%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Fälle mit erfolgreicher Rekanalisation (TICI = IIb, III)
Nenner:	Alle Fälle mit im eigenen Haus durchgeführter intraarterieller Therapie.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.2	86.0	86.2	76.1

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

