



**Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universität Münster**

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

Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Jahresauswertung 2021

Zentrum 48

Kreisklinikum Siegen

Siegen

Leseanleitung

1. Allgemeine Hinweise

Dieser Bericht schließt alle Patienten ein, die zwischen dem 01.01. und 31.12.2021 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 2022

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	92.7	96.4	≥ 90	23
2	Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie	95.0	95.2	≥ 90	24
3	Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	95.2	93.8	≥ 90	25
4	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	95.8	93.3	≥ 80	26
5a	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	6.3	4.3	nicht def.	27
5b	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit palliativer Zielsetzung	0.6	1.0	nicht def.	28
6	Pneumonierate nach Schlaganfall	9.3	6.1	nicht def.	29
7	Screening für Schluckstörungen	93.5	93.7	≥ 90	30
8a	Anteil der Patienten mit Bildgebung ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden	76.1	66.4	≥ 60	31
8b	Frühzeitige CT- / MR bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung	89.0	89.3	≥ 50	32
9a	Frühe systemische Thrombolyse (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	70.7	71.5	nicht def.	33
9b	Frühe systemische Thrombolyse	40.2	44.6	nicht def.	34
9c	Frühe systemische Thrombolyse (NIHSS 4-25)	63.7	63.7	≥ 60	35
10	Behandlung auf einer Stroke Unit	93.2	93.6	≥ 85	36
11a	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	91.5	86.2	nicht def.	37
11b	Door-to-needle time ≤ 30 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	29.6	39.2	nicht def.	38
11c	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (erweiterte Indikation)	82.1	78.0	nicht def.	39
11d	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (NIHSS 4-25)	87.0	85.7	≥ 90	40
12	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose	77.0	79.6	≥ 70	41
13a	Sterblichkeit nach Rekanalisation	12.4	10.9	nicht def.	42
13b	Sterblichkeit nach Thrombolyse	9.3	8.2	nicht def.	43

Qualitätsindikator		Eigene Klinik	Gesamtprojekt	Zielbereich	Seite
		%	%	%	
13c	Sterblichkeit nach Intraartrieller Therapie	15.7	18.2	nicht def.	44
14	Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	80.6	73.3	≥ 70	45
15	Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung	94.8	92.9	≥ 80	46
16	Vorhofflimmern-Diagnostik	95.9	93.1	≥ 80	47
17a	Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster ≤ 6 Stunden)	86.6	77.9	≥ 50	48
17b	Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster > 6-24 Stunden)	61.9	58.9	nicht def.	49
17c	Intraarterielle Therapie (IAT)	76.5	68.2	nicht def.	50
18a	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten	75.0	66.0	≥ 50	51
18b	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse im eigenen Haus durchgeführt)	70.2	57.3	nicht def.	52
18c	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse bereits vor Aufnahme durchgeführt)	85.2	85.1	nicht def.	53
18d	Door-to-Puncture-Time ≤ 60 Minuten	33.3	35.1	nicht def.	54
19	Frühzeitige Verlegung zur IAT	.	36.4	nicht def.	55
20	Erreichen des Rekanalisationsziels	91.1	87.0	≥ 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:	192	mit Fachabteilung Neurologie:	148
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	133
in NRW:	46		
in Niedersachsen:	36	mit Fachabteilung Innere Medizin:	41
in Bremen:	3	davon mit zertifizierter Stroke Unit:	8
in Mecklenburg Vorpommern:	12	mit Fachabteilung Geriatrie:	1
in Sachsen:	22		
in Sachsen Anhalt:	12		
in Thüringen:	26	mit Fachabteilung Kardiologie:	1
in Brandenburg:	22		
im Saarland:	10		
in Luxemburg:	3	mit Fachabteilung Neurochirurgie:	1
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	1

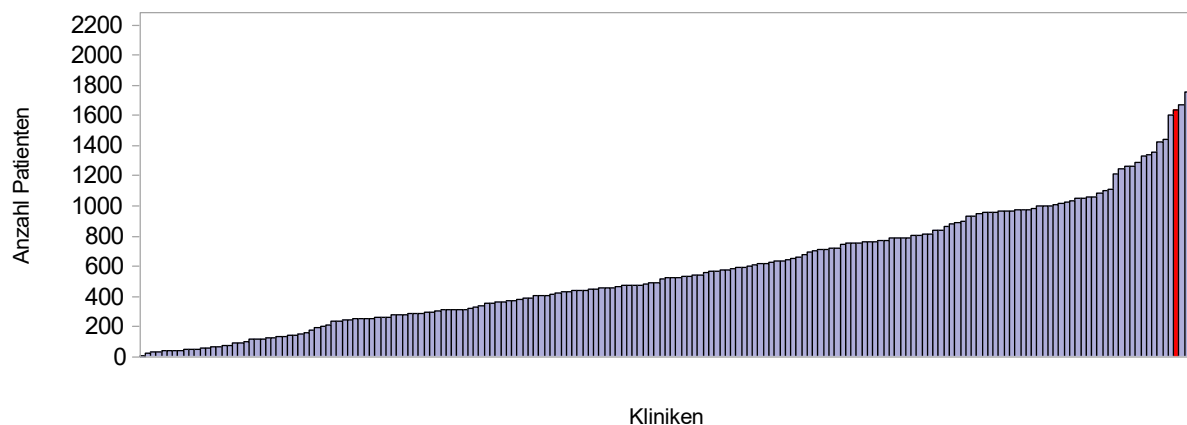
1.2 Anzahl und Quartalsverteilung der Patienten

	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
erfasste Stroke Bögen	1688	1.4	116032	100	106012	91.4	10020	8.6
vollst. dokumentiert ¹	1636	96.9	110404	95.1	100983	95.3	9421	94.0
Minimaldatensätze (MDS) ¹	52	3.1	5628	4.9	5029	4.7	599	6.0
MDS: Ereignis älter 7 Tage ²	45	86.5	2577	45.8	2398	47.7	179	29.9
MDS: Entl./Verlegung vor 1. Bildgebung ²	0	0.0	65	1.2	21	0.4	44	7.3
MDS: nur Frühreha, keine Akutbehandlung ²	0	0.0	206	3.7	165	3.3	41	6.8
MDS: bereits vor Aufnahme palliative Zielsetzung ²	0	0.0	317	5.6	266	5.3	51	8.5
MDS: sonstiger Grund ²	7	13.5	2463	43.8	2179	43.3	284	47.4

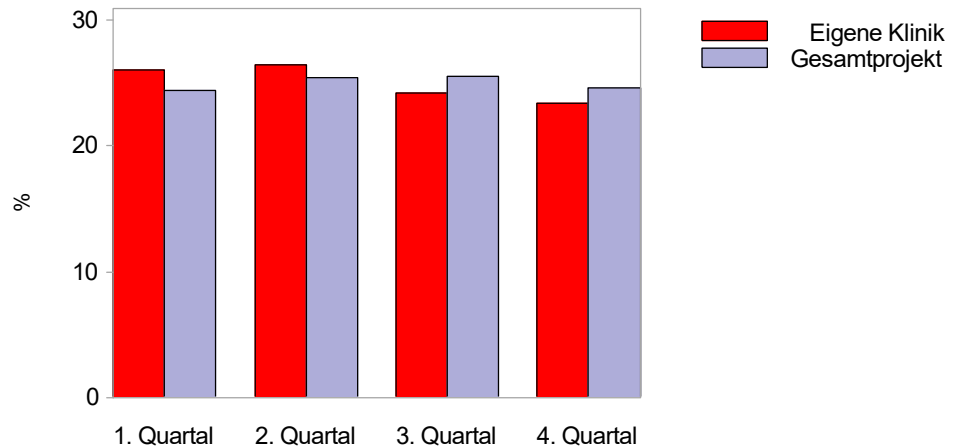
Je nach Strukturqualität der teilnehmenden Einrichtung Vergleich mit allen Einrichtungen mit bzw. ohne zertifizierte Stroke Unit.

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)

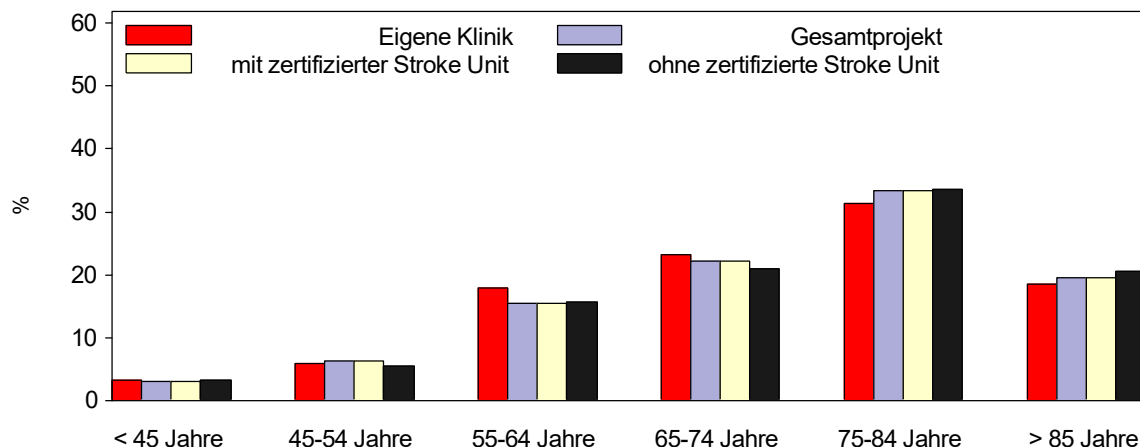
Geschlecht	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	907	55.4	57969	52.5	53175	52.7	4794	50.9
weiblich	728	44.5	52331	47.4	47755	47.3	4576	48.6
divers	0	0.0	3	0.0	3	0.0	0	0.0
unbestimmt	1	0.1	2	0.0	2	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	99	0.1	48	0.0	51	0.5

Durchschnittsalter	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mittelwert, Jahre	72.6		73.2		73.1		73.5	
Anteil ≥ 75 Jahre, %	49.9		53.0		52.9		54.1	
Anteil ≤ 60 Jahre, %	18.9		17.7		17.8		17.2	

(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	1466	90.0	100674	93.7	92271	93.8	8403	92.7
Ja	162	10.0	6557	6.1	6023	6.1	534	5.9
fehlende Angabe	0	0.0	177	0.2	49	0.0	128	1.4

Altersverteilung aller dokumentierten Patienten

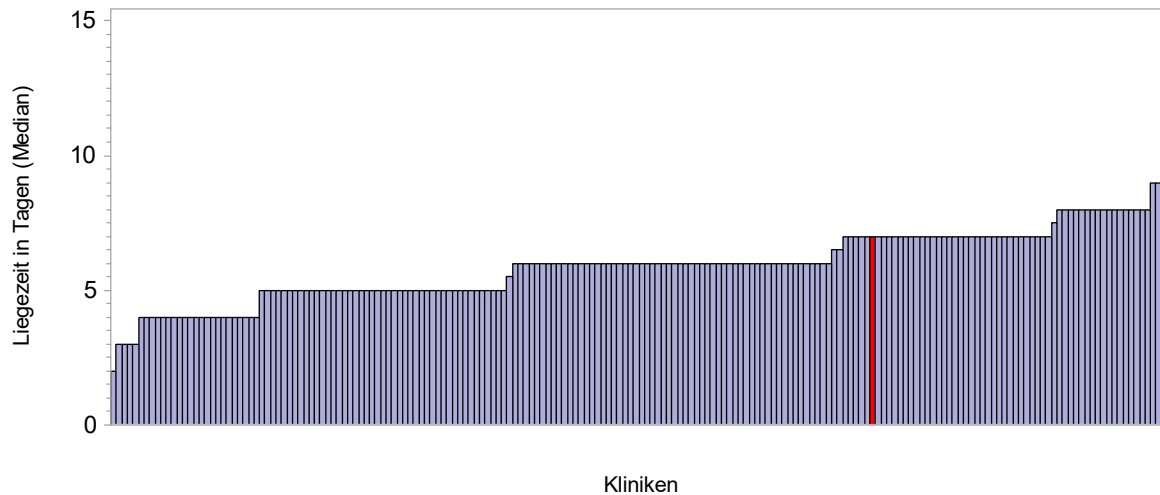


3. Liegezeiten

3.1 Liegezeit gesamt

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

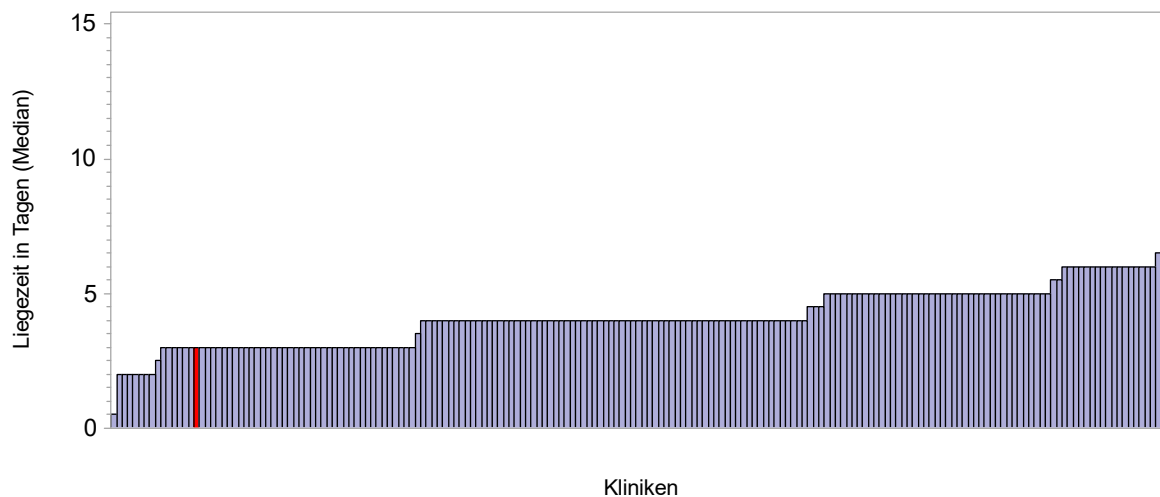
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	8.7	7.9	8.0	6.7
Median	6.0	6.0	6.0	5.0



3.2 Liegezeit bei Patienten mit einer TIA

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

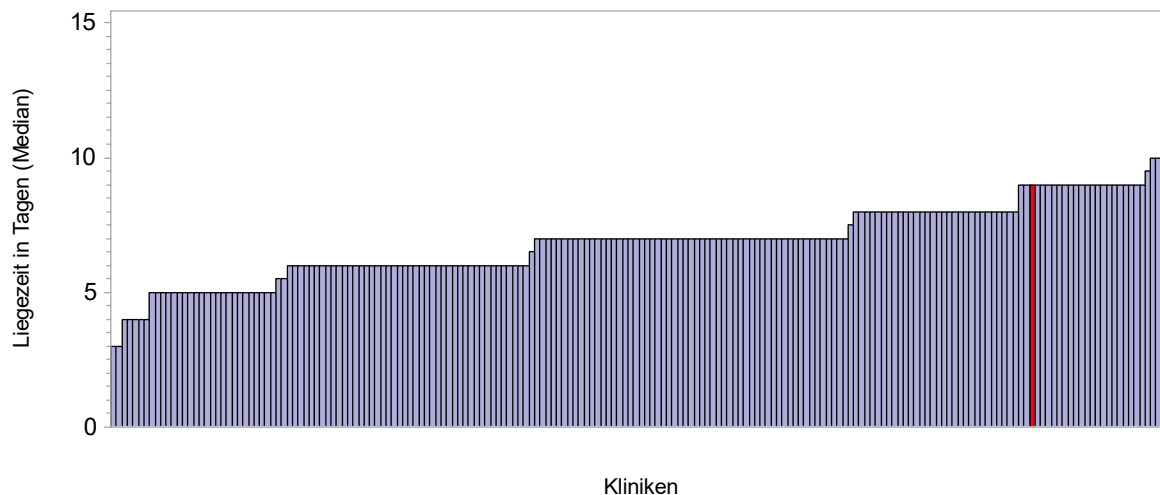
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	4.5	4.8	4.8	4.3
Median	3.0	4.0	4.0	4.0



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	9.8	8.9	9.0	7.7
Median	7.0	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	2.8	2.9	2.9	2.8
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	53	3.7	6864	7.2	6371	7.3	493	5.7
> 1-2 Stunden	277	19.5	17674	18.4	16279	18.7	1395	16.2
> 2-3 Stunden	203	14.3	10863	11.3	9892	11.3	971	11.3
> 3-4 Stunden	118	8.3	6267	6.5	5660	6.5	607	7.0
> 4-5 Stunden	92	6.5	4284	4.5	3923	4.5	361	4.2
> 5-6 Stunden	82	5.8	4304	4.5	3912	4.5	392	4.5
> 6-24 Stunden	288	20.2	22909	23.9	20816	23.9	2093	24.3
> 24-48 Stunden	100	7.0	6302	6.6	5617	6.4	685	7.9
> 48 Stunden	162	11.4	9507	9.9	8711	10.0	796	9.2
Inhouse-Stroke	2	0.1	408	0.4	201	0.2	207	2.4
keine Abschätzung möglich	46	3.2	6458	6.7	5844	6.7	614	7.1
fehlende Angabe	0	0.0	21	0.0	14	0.0	7	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	1423	87.0	95861	86.8	87240	86.4	8621	91.5
aus externer Klinik	201	12.3	11940	10.8	11615	11.5	325	3.4
interne Hausverlegung	12	0.7	2245	2.0	2002	2.0	243	2.6
fehlende Angabe	0	0.0	358	0.3	126	0.1	232	2.5

Aufnahmestation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allgemeinstation	163	10.0	10002	9.1	9021	8.9	981	10.4
Stroke Unit	1429	87.3	92194	83.5	84537	83.7	7657	81.3
Intensivstation	41	2.5	6257	5.7	5887	5.8	370	3.9
Sonstiges	3	0.2	1573	1.4	1382	1.4	191	2.0
fehlende Angabe	0	0.0	378	0.3	156	0.2	222	2.4

(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	180	11.1	10566	9.8	9580	9.7	986	10.9
Ja	1448	88.9	96802	90.1	88756	90.3	8046	88.8
fehlende Angabe	0	0.0	40	0.0	7	0.0	33	0.4

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	363	22.2	28451	25.8	25758	25.5	2693	28.6
I60: Subarachnoidalblutung	21	1.3	676	0.6	621	0.6	55	0.6
I61: Intrazerebrale Blutung	95	5.8	5871	5.3	5464	5.4	407	4.3
I63: Hirninfarkt	1157	70.7	74842	67.8	68901	68.2	5941	63.1
I64: Schlaganfall nicht Blutung/nicht Infarkt	0	0.0	283	0.3	145	0.1	138	1.5
Andere ICD-10 Klassifikation	0	0.0	240	0.2	77	0.1	163	1.7
fehlende Angabe	0	0.0	41	0.0	17	0.0	24	0.3

(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	267	23.1	15852	21.2	14555	21.1	1297	21.8
kardiogen-embolisch	367	31.7	21910	29.3	20383	29.6	1527	25.7
mikroangiopathisch	193	16.7	14965	20.0	13571	19.7	1394	23.5
andere gesicherte Ursache	26	2.2	2995	4.0	2762	4.0	233	3.9
unklare Ätiologie	228	19.7	14627	19.5	13528	19.6	1099	18.5
konkurrierende Ursache	66	5.7	3201	4.3	2944	4.3	257	4.3
fehlende Angabe	10	0.9	1292	1.7	1158	1.7	134	2.3

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	330	20.2	16030	14.6	14541	14.4	1489	16.1
1: keine Funktionseinschränkung	267	16.3	18659	16.9	17020	16.9	1639	17.7
2: geringe Funktionseinschränkung	233	14.2	23921	21.7	21774	21.6	2147	23.3
3: mäßige Funktionseinschränkung	223	13.6	20761	18.9	19004	18.8	1757	19.0
4: mittlere Funktionseinschränkung	272	16.6	15029	13.6	13954	13.8	1075	11.6
5: schwere Funktionseinschränkung	311	19.0	15556	14.1	14528	14.4	1028	11.1
fehlende Angabe	0	0.0	167	0.2	68	0.1	99	1.1

(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	603	37.0	32558	30.4	29995	30.5	2563	28.9
1: keine Funktionseinschränkung	297	18.2	21403	20.0	19485	19.8	1918	21.6
2: geringe Funktionseinschränkung	207	12.7	19466	18.2	17758	18.1	1708	19.2
3: mäßige Funktionseinschränkung	143	8.8	12134	11.3	11036	11.2	1098	12.4
4: mittlere Funktionseinschränkung	155	9.5	8686	8.1	8086	8.2	600	6.8
5: schwere Funktionseinschränkung	75	4.6	6598	6.2	6111	6.2	487	5.5
6: Tod	148	9.1	6201	5.8	5750	5.9	451	5.1
fehlende Angabe	0	0.0	85	0.1	29	0.0	56	0.6

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	1144	70.3	73610	68.7	67269	68.5	6341	71.4
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	194	11.9	14732	13.8	13558	13.8	1174	13.2
inkontinent	290	17.8	18708	17.5	17397	17.7	1311	14.8
fehlende Angabe	0	0.0	81	0.1	26	0.0	55	0.6

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	806	49.5	51302	47.9	47047	47.9	4255	47.9
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	284	17.4	23905	22.3	21707	22.1	2198	24.7
große Unterstützung	203	12.5	14895	13.9	13651	13.9	1244	14.0
vollständig abhängig	335	20.6	16941	15.8	15821	16.1	1120	12.6
fehlende Angabe	0	0.0	88	0.1	24	0.0	64	0.7

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	721	44.3	42654	39.8	38948	39.6	3706	41.7
geringe Unterstützung (Gehilfe)	262	16.1	25815	24.1	23581	24.0	2234	25.2
unabhängig im Rollstuhl	232	14.3	16933	15.8	15426	15.7	1507	17.0
vollständig abhängig	413	25.4	21629	20.2	20264	20.6	1365	15.4
fehlende Angabe	0	0.0	100	0.1	31	0.0	69	0.8

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	1219	82.4	76434	75.7	70004	75.7	6430	76.3
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	160	10.8	12917	12.8	11849	12.8	1068	12.7
inkontinent	101	6.8	11438	11.3	10603	11.5	835	9.9
fehlende Angabe	0	0.0	136	0.1	42	0.0	94	1.1

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	1092	73.8	65870	65.3	60562	65.5	5308	63.0
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	205	13.9	18226	18.1	16459	17.8	1767	21.0
große Unterstützung	119	8.0	9710	9.6	8970	9.7	740	8.8
vollständig abhängig	64	4.3	7012	6.9	6479	7.0	533	6.3
fehlende Angabe	0	0.0	107	0.1	28	0.0	79	0.9

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	983	66.4	57637	57.1	52966	57.3	4671	55.4
geringe Unterstützung (Gehilfe)	255	17.2	21914	21.7	19872	21.5	2042	24.2
unabhängig im Rollstuhl	120	8.1	11068	11.0	10123	10.9	945	11.2
vollständig abhängig	122	8.2	10197	10.1	9504	10.3	693	8.2
fehlende Angabe	0	0.0	109	0.1	33	0.0	76	0.9

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	71.6	70.5	70.2	73.0
Mittelwert bei Entlassung	84.3	79.0	79.0	79.7
Barthel-Differenz*	12.7	8.6	8.7	6.7

*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	702	42.9	53063	48.2	48565	48.1	4498	48.7
Ja	927	56.7	56019	50.9	51398	50.9	4621	50.0
nicht bestimmbar	7	0.4	967	0.9	895	0.9	72	0.8
fehlende Angabe	0	0.0	74	0.1	31	0.0	43	0.5

Sprachstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1175	71.8	79385	72.1	72891	72.2	6494	70.3
Ja	451	27.6	28850	26.2	26294	26.1	2556	27.7
nicht bestimmbar	10	0.6	1787	1.6	1662	1.6	125	1.4
fehlende Angabe	0	0.0	101	0.1	42	0.0	59	0.6

Sprechstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	912	55.7	69872	63.4	63908	63.3	5964	64.6
Ja	715	43.7	37275	33.8	34206	33.9	3069	33.2
nicht bestimmbar	9	0.6	2870	2.6	2728	2.7	142	1.5
fehlende Angabe	0	0.0	106	0.1	47	0.0	59	0.6

Schluckstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1206	73.7	88869	80.7	81263	80.5	7606	82.4
Ja	418	25.6	16205	14.7	15067	14.9	1138	12.3
nicht bestimmbar	12	0.7	4781	4.3	4456	4.4	325	3.5
fehlende Angabe	0	0.0	268	0.2	103	0.1	165	1.8

Bewußtsein	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
wach	1493	91.3	101991	92.6	93469	92.6	8522	92.3
somnolent-soporös	110	6.7	6260	5.7	5721	5.7	539	5.8
komatös	33	2.0	1749	1.6	1633	1.6	116	1.3
fehlende Angabe	0	0.0	123	0.1	66	0.1	57	0.6

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	6.4	5.9	5.9	5.2
Median	4.0	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	429	26.4	30033	28.0	27445	27.9	2588	29.1
Hypertonie	1393	85.6	89424	83.5	81790	83.2	7634	86.0
Vorhofflimmern (vorbekannt)	299	18.4	21277	19.9	19541	19.9	1736	19.5
Vorhofflimmern (neu diagn.)	114	7.0	7813	7.3	7167	7.3	646	7.3
Früherer Schlaganfall	369	22.7	26312	24.6	24146	24.6	2166	24.4

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	193	0.2	174	0.2	19	0.2
1. Bildg. extern vor Aufnahme	169	10.3	10974	10.0	10498	10.4	476	5.2
1. Bildg. im eigenen Haus	1467	89.7	98943	89.8	90208	89.4	8735	94.6
fehlende Angabe	0	0.0	13	0.0	9	0.0	4	0.0

Art der Bildgebung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CT	284	19.4	87937	88.9	80171	88.9	7766	88.9
MRT	1256	85.6	50663	51.2	46656	51.7	4007	45.9

*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	850	57.9	43705	44.2	40894	45.3	2811	32.2
> 0.5-1 Stunde	272	18.5	20328	20.5	18034	20.0	2294	26.3
> 1-3 Stunden	252	17.2	24663	24.9	22030	24.4	2633	30.1
> 3-6 Stunden	50	3.4	6188	6.3	5753	6.4	435	5.0
> 6 Stunden	43	2.9	3850	3.9	3402	3.8	448	5.1
fehlende Angabe	0	0.0	209	0.2	95	0.1	114	1.3

*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	222		293		288		385	
50% Perzentil: Median	24.0		36.0		35.0		48.0	
5% Perzentil	4.0		8.0		8.0		9.0	

*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	217	13.3	21699	19.7	19220	19.1	2479	26.8
vor Aufnahme	100	6.1	5329	4.8	5083	5.0	246	2.7
direkt im Anschluss an native Bildgebung	1273	77.8	68662	62.4	64233	63.7	4429	48.0
nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung aber spätestens am Folgetag der Aufnahme	30	1.8	9271	8.4	7788	7.7	1483	16.1
nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung und später als am Folgetag der Aufnahme	16	1.0	4908	4.5	4370	4.3	538	5.8
fehlende Angabe	0	0.0	254	0.2	195	0.2	59	0.6

Hirngefäßdiagnostik (Doppler /Duplex)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	111	6.8	15634	14.2	13975	13.9	1659	18.0
vor Aufnahme	48	2.9	631	0.6	518	0.5	113	1.2
im eigenen Haus nach Aufnahme, spätestens am Folgetag	1364	83.4	74693	67.8	68684	68.1	6009	65.1
im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme	113	6.9	18950	17.2	17609	17.5	1341	14.5
fehlende Angabe	0	0.0	215	0.2	103	0.1	112	1.2

Gefäßverschluss*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1318	83.0	89809	84.2	82071	83.7	7738	89.2
Ja	269	17.0	16761	15.7	15878	16.2	883	10.2
fehlende Angabe	0	0.0	104	0.1	52	0.1	52	0.6

*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	54	20.1	2576	15.3	2389	15.0	187	20.7
M1	93	34.6	5857	34.9	5600	35.2	257	28.5
M2	32	11.9	3607	21.5	3448	21.7	159	17.6
BA	18	6.7	752	4.5	712	4.5	40	4.4
Sonstige	97	36.1	6011	35.8	5690	35.8	321	35.6

*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	1628	99.5	107408	97.3	98343	97.4	9065	96.2
ja, mit späterer Rückübernahme	4	0.2	1032	0.9	970	1.0	62	0.7
ja, ohne spätere Rückübernahme	4	0.2	1964	1.8	1670	1.7	294	3.1

(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	113	6.9	10859	10.1	9771	9.9	1088	12.3
Ja	1515	93.1	96139	89.7	88419	90.0	7720	86.9
fehlende Angabe	0	0.0	133	0.1	60	0.1	73	0.8

Schlucktestung nach Protokoll	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	211	13.0	8251	7.7	7195	7.3	1056	11.9
Ja	1413	86.8	97217	90.7	89610	91.2	7607	85.7
nicht bestimmbar	4	0.2	1533	1.4	1398	1.4	135	1.5
fehlende Angabe	0	0.0	130	0.1	47	0.0	83	0.9

Ipsilaterale ACI-Stenose	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1462	89.8	92962	86.8	85353	86.9	7609	85.7
< 50%	6	0.4	4207	3.9	3927	4.0	280	3.2
50-< 70%	7	0.4	1935	1.8	1720	1.8	215	2.4
70-99%	75	4.6	3409	3.2	3147	3.2	262	3.0
100% (Verschluss)	47	2.9	2113	2.0	1952	2.0	161	1.8
nicht untersucht	31	1.9	2291	2.1	2057	2.1	234	2.6
fehlende Angabe	0	0.0	214	0.2	94	0.1	120	1.4

Operative Revaskularisation der ACI veranlaßt oder empfohlen*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	15	20.0	861	24.7	782	24.3	79	29.4
ja	60	80.0	2626	75.2	2437	75.6	189	70.3
fehlende Angabe	0	0.0	5	0.1	4	0.1	1	0.4

*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	1113	73.6	71283	70.7	65573	70.9	5710	68.3
Vit.K-Antagonisten einschl. Heparin	68	4.5	4413	4.4	3983	4.3	430	5.1
neue orale Antikoag.	332	21.9	25022	24.8	22917	24.8	2105	25.2
fehlende Angabe	0	0.0	174	0.2	64	0.1	110	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	1596	98.0	101751	95.0	93081	94.7	8670	97.6
Ja	32	2.0	5278	4.9	5123	5.2	155	1.7
fehlende Angabe	0	0.0	102	0.1	46	0.0	56	0.6

Statine	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	123	7.6	9895	9.2	8991	9.2	904	10.2
Ja	1357	83.4	91297	85.2	83734	85.2	7563	85.2
fehlende Angabe	148	9.1	5939	5.5	5525	5.6	414	4.7

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	441	27.1	8132	7.6	7510	7.6	622	7.0
≤ Tag 2 nach Aufnahme	1152	70.8	97734	91.2	89614	91.2	8120	91.4
> Tag 2 nach Aufnahme	35	2.1	1188	1.1	1092	1.1	96	1.1
fehlende Angabe	0	0.0	77	0.1	34	0.0	43	0.5

Logopädie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	579	35.6	16374	15.3	14786	15.0	1588	17.9
≤ Tag 2 nach Aufnahme	1019	62.6	89138	83.2	82108	83.6	7030	79.2
> Tag 2 nach Aufnahme	30	1.8	1445	1.3	1285	1.3	160	1.8
fehlende Angabe	0	0.0	174	0.2	71	0.1	103	1.2

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	%
fehlende Angabe	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
Patienten mit Komplikation(en)	303	18.6	15610	14.6	14538	14.8	1072	12.1
Patienten ohne Komplikation(en)	1325	81.4	91520	85.4	83711	85.2	7809	87.9

Art der Komplikation(en)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pneumonie	133	8.1	5322	4.8	4996	5.0	326	3.5
erhöhter Hirndruck	59	3.6	1783	1.6	1656	1.6	127	1.4
sympt. Intra- oder subarachnoidale Blutung	14	0.9	1291	1.2	1201	1.2	90	1.0
Andere Komplikationen	190	11.6	10466	9.5	9806	9.7	660	7.1

*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	1060	64.8	71556	65.0	65731	65.2	5825	63.1
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	17	1.0	1439	1.3	1226	1.2	213	2.3
Beh. aus sonst. Gründen beendet	1	0.1	219	0.2	195	0.2	24	0.3
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	10	0.6	2224	2.0	2027	2.0	197	2.1
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	3	0.0	3	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	56	3.4	9019	8.2	8242	8.2	777	8.4
Tod	149	9.1	6315	5.7	5861	5.8	454	4.9
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	1	0.1	573	0.5	465	0.5	108	1.2
Entlassung in Rehaeinrichtung	259	15.8	12283	11.2	11404	11.3	879	9.5
Entlassung in Pflegeeinrichtung	78	4.8	4961	4.5	4474	4.4	487	5.3
Entlassung in Hospiz	0	0.0	153	0.1	142	0.1	11	0.1
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	107	0.1	91	0.1	16	0.2
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	9	0.0	8	0.0	1	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	1	0.1	50	0.0	45	0.0	5	0.1
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	4	0.2	1061	1.0	884	0.9	177	1.9
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	15	0.0	15	0.0	0	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	135	0.1	75	0.1	60	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	709	61.3	44984	60.1	41614	60.4	3370	56.7
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	9	0.8	943	1.3	802	1.2	141	2.4
Beh. aus sonst. Gründen beendet	1	0.1	129	0.2	120	0.2	9	0.2
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	6	0.5	1191	1.6	1094	1.6	97	1.6
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	3	0.0	3	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	44	3.8	7136	9.5	6528	9.5	608	10.2
Tod	103	8.9	4704	6.3	4368	6.3	336	5.7
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	1	0.1	456	0.6	378	0.5	78	1.3
Entlassung in Rehaeinrichtung	226	19.5	10601	14.2	9827	14.3	774	13.0
Entlassung in Pflegeeinrichtung	54	4.7	3532	4.7	3205	4.7	327	5.5
Entlassung in Hospiz	0	0.0	127	0.2	121	0.2	6	0.1
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	66	0.1	57	0.1	9	0.2
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	6	0.0	5	0.0	1	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	26	0.0	23	0.0	3	0.1
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	4	0.3	838	1.1	693	1.0	145	2.4
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	13	0.0	13	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	87	0.1	50	0.1	37	0.6

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	26	22.4	1898	29.0	1781	29.3	117	25.3
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	1	0.9	46	0.7	39	0.6	7	1.5
Beh. aus sonst. Gründen beendet	0	0.0	8	0.1	7	0.1	1	0.2
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	0	0.0	48	0.7	47	0.8	1	0.2
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	7	6.0	1149	17.6	1042	17.1	107	23.2
Tod	46	39.7	1513	23.1	1413	23.2	100	21.6
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0.0	68	1.0	57	0.9	11	2.4
Entlassung in Rehaeinrichtung	30	25.9	1389	21.2	1306	21.5	83	18.0
Entlassung in Pflegeeinrichtung	6	5.2	329	5.0	305	5.0	24	5.2
Entlassung in Hospiz	0	0.0	19	0.3	16	0.3	3	0.6
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	6	0.1	6	0.1	0	0.0
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	1	0.0	1	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	0	0.0	65	1.0	57	0.9	8	1.7
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	0	0.0	0	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	6	0.1	6	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	891	60.2	58324	57.8	53089	57.4	5235	62.1
Ja	589	39.8	42510	42.1	39385	42.6	3125	37.1
fehlende Angabe	0	0.0	91	0.1	24	0.0	67	0.8

Geplante Rehabilitation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neurologische Rehabilitation Phase B	66	11.2	5735	13.5	5389	13.7	346	11.1
Neurologische Rehabilitation Phase C	158	26.8	9862	23.2	9120	23.2	742	23.7
Neurologische Rehabilitation Phase D - stationär	182	30.9	13747	32.3	12750	32.4	997	31.9
Neurologische Rehabilitation Phase D - ambulant/teilstationär	41	7.0	4401	10.4	4191	10.6	210	6.7
Geriatrische Rehabilitation	56	9.5	6706	15.8	6085	15.5	621	19.9
Sonstige Rehabilitation	86	14.6	1996	4.7	1812	4.6	184	5.9
fehlende Angabe	0	0.0	63	0.1	38	0.1	25	0.8

*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	951	82.2	60280	80.5	55210	80.1	5070	85.3
vor Aufnahme	40	3.5	1729	2.3	1688	2.4	41	0.7
im eigenen Haus	166	14.3	12772	17.1	11969	17.4	803	13.5
Verlegung zur Thrombolyse	0	0.0	24	0.0	17	0.0	7	0.1
fehlende Angabe	0	0.0	37	0.0	17	0.0	20	0.3

Intraartrielle Therapie (IAT)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	984	85.0	66028	88.2	60448	87.7	5580	93.9
vor Aufnahme	4	0.3	285	0.4	263	0.4	22	0.4
im eigenen Haus	169	14.6	7071	9.4	6952	10.1	119	2.0
Verlegung zur geplanten IAT	0	0.0	1351	1.8	1216	1.8	135	2.3
fehlende Angabe	0	0.0	107	0.1	22	0.0	85	1.4

Art der Intraartriellen Therapie (IAT)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thrombektomie	168	99.4	6825	96.5	6726	96.7	99	83.2
i.a. Thrombolyse	1	0.6	68	1.0	61	0.9	7	5.9
beides	0	0.0	154	2.2	150	2.2	4	3.4
fehlende Angabe	0	0.0	24	0.3	15	0.2	9	7.6

*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	22	1.6	22	1.8	0	0.0
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	233	17.2	211	17.4	22	16.3
> 1-2 Stunden	0	0.0	534	39.5	490	40.3	44	32.6
> 2-3 Stunden	0	0.0	279	20.7	251	20.6	28	20.7
> 3-4 Stunden	0	0.0	73	5.4	60	4.9	13	9.6
> 4-6 Stunden	0	0.0	40	3.0	34	2.8	6	4.4
> 6 Stunden	0	0.0	132	9.8	115	9.5	17	12.6
fehlende Angabe	0	0.0	38	2.8	33	2.7	5	3.7

Zeit Aufnahme - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	1363	1317	1489
50% Perzentil: Median	103	102	117
5% Perzentil	41.0	40.0	47.0

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	98	7.3	88	7.2	10	7.4
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	358	26.5	329	27.1	29	21.5
> 1-2 Stunden	0	0.0	481	35.6	438	36.0	43	31.9
> 2-3 Stunden	0	0.0	163	12.1	141	11.6	22	16.3
> 3-4 Stunden	0	0.0	45	3.3	37	3.0	8	5.9
> 4-6 Stunden	0	0.0	26	1.9	23	1.9	3	2.2
> 6 Stunden	0	0.0	98	7.3	84	6.9	14	10.4
fehlende Angabe	0	0.0	82	6.1	76	6.3	6	4.4

Zeit Bildgebung - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	1058	1030	1430
50% Perzentil: Median	80.0	79.5	90.0
5% Perzentil	26.0	25.0	28.0

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	209	15.5	189	15.5	20	14.8
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	222	16.4	205	16.9	17	12.6
> 1-2 Stunden	0	0.0	201	14.9	180	14.8	21	15.6
> 2-3 Stunden	0	0.0	62	4.6	55	4.5	7	5.2
> 3-4 Stunden	0	0.0	11	0.8	10	0.8	1	0.7
> 4-6 Stunden	0	0.0	10	0.7	7	0.6	3	2.2
> 6 Stunden	0	0.0	16	1.2	15	1.2	1	0.7
fehlende Angabe	0	0.0	620	45.9	555	45.6	65	48.1

*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	185	179	245
50% Perzentil: Median	50.0	49.0	56.5
5% Perzentil	11.0	11.0	10.0

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	201	56.8	12583	54.4	11619	54.1	964	59.3
vor Aufnahme	22	6.2	500	2.2	480	2.2	20	1.2
im eigenen Haus	131	37.0	10013	43.3	9376	43.6	637	39.2
Verlegung zur Thrombolysse	0	0.0	13	0.1	11	0.1	2	0.1
fehlende Angabe	0	0.0	5	0.0	3	0.0	2	0.1

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	256	80.8	15528	70.7	14675	72.0	853	54.0
> 0.5-1 Stunde	37	11.7	3658	16.7	3276	16.1	382	24.2
> 1-3 Stunden	18	5.7	2037	9.3	1776	8.7	261	16.5
> 3-6 Stunden	2	0.6	329	1.5	298	1.5	31	2.0
> 6 Stunden	4	1.3	357	1.6	321	1.6	36	2.3
fehlende Angabe	0	0.0	41	0.2	23	0.1	18	1.1

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	41	24.8	4203	33.3	4020	33.9	183	23.6
> 0.5-1 Stunde	101	61.2	6050	47.9	5725	48.3	325	41.9
> 1-2 Stunden	20	12.1	1867	14.8	1667	14.1	200	25.8
> 2-3 Stunden	2	1.2	253	2.0	215	1.8	38	4.9
> 3-4 Stunden	0	0.0	53	0.4	43	0.4	10	1.3
> 4-6 Stunden	0	0.0	25	0.2	22	0.2	3	0.4
> 6 Stunden	1	0.6	150	1.2	141	1.2	9	1.2
fehlende Angabe	0	0.0	25	0.2	18	0.2	7	0.9

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse

in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	93.0	109	105	148
50% Perzentil: Median	40.0	38.0	38.0	48.0
5% Perzentil	21.0	17.0	17.0	18.0

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	110	66.7	9446	74.8	8952	75.5	494	63.7
> 0.5-1 Stunde	44	26.7	2184	17.3	2005	16.9	179	23.1
> 1-2 Stunden	8	4.8	575	4.6	508	4.3	67	8.6
> 2-3 Stunden	0	0.0	73	0.6	64	0.5	9	1.2
> 3-4 Stunden	0	0.0	13	0.1	13	0.1	0	0.0
> 4-6 Stunden	0	0.0	11	0.1	9	0.1	2	0.3
> 6 Stunden	1	0.6	95	0.8	89	0.8	6	0.8
fehlende Angabe	2	1.2	229	1.8	211	1.8	18	2.3

Zeit 1.

Bildgebung - Beginn Lyse in

in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	63.0	68.0	66.0	87.0
50% Perzentil: Median	26.0	18.0	18.0	22.0
5% Perzentil	11.0	3.0	3.0	5.0

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	2	1.7	86	1.8	83	1.7	3	2.9
> 0.5-1 Stunde	19	16.2	976	19.9	961	20.1	15	14.4
> 1-2 Stunden	73	62.4	2729	55.7	2670	55.7	59	56.7
> 2-3 Stunden	6	5.1	585	11.9	573	12.0	12	11.5
> 3-4 Stunden	6	5.1	150	3.1	147	3.1	3	2.9
> 4-6 Stunden	4	3.4	131	2.7	129	2.7	2	1.9
> 6 Stunden	6	5.1	218	4.5	213	4.4	5	4.8
fehlende Angabe	1	0.9	22	0.4	17	0.4	5	4.8

Zeit

Aufnahme - Leistenpunktion

in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	448.0	309.0	309.0	458.0
50% Perzentil: Median	77.0	83.0	83.0	81.0
5% Perzentil	43.0	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	297.0		237.0		237.0		265.0	
50% Perzentil: Median	61.5		64.0		64.0		70.0	
5% Perzentil	33.0		26.0		26.0		38.0	

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	21	37.5	594	27.7	589	28.1	5	11.6
> 0.5-1 Stunde	29	51.8	947	44.2	926	44.1	21	48.8
> 1-2 Stunden	3	5.4	437	20.4	427	20.3	10	23.3
> 2-3 Stunden	0	0.0	77	3.6	75	3.6	2	4.7
> 3-4 Stunden	2	3.6	30	1.4	29	1.4	1	2.3
> 4-6 Stunden	0	0.0	16	0.7	15	0.7	1	2.3
> 6 Stunden	0	0.0	28	1.3	28	1.3	0	0.0
fehlende Angabe	1	1.8	13	0.6	10	0.5	3	7.0

Zeit Lyse - Leistenpunktion in

Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	80.0	149.0	148.0	163.0
50% Perzentil: Median	34.0	44.0	44.0	49.0
5% Perzentil	5.0	10.0	10.0	16.0

11.12 Rekanalisation

erfolgreiche Rekanalisation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	15	8.9	900	12.7	882	12.7	18	15.1
Ja	154	91.1	6148	86.9	6051	87.0	97	81.5
fehlende Angabe	0	0.0	23	0.3	19	0.3	4	3.4

* bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten IAT

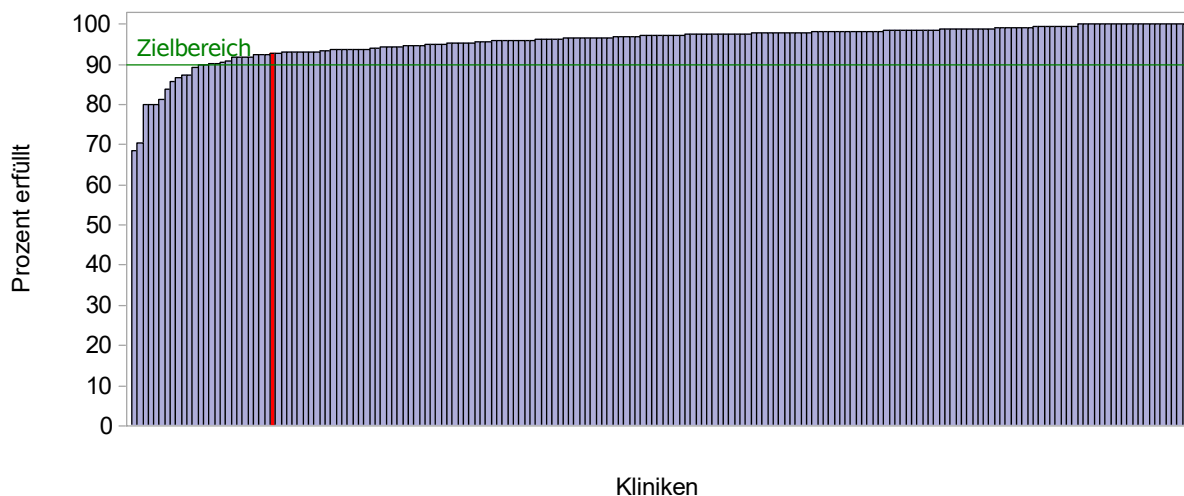
12. Qualitätsindikatoren (QI)

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 %	92.7	96.4	96.4	95.6

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

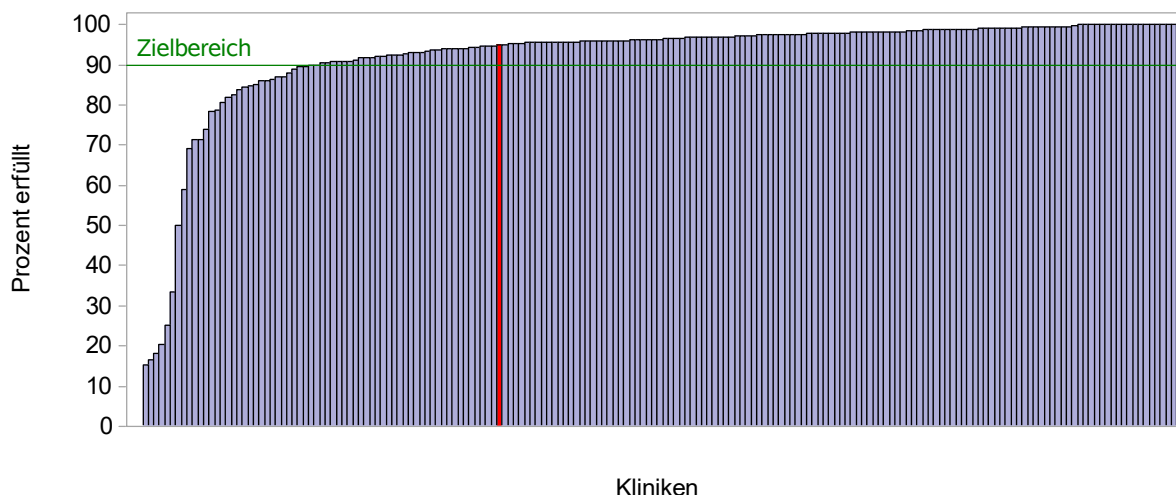


12.2 Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

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 %	95.0	95.2	95.4	91.6

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

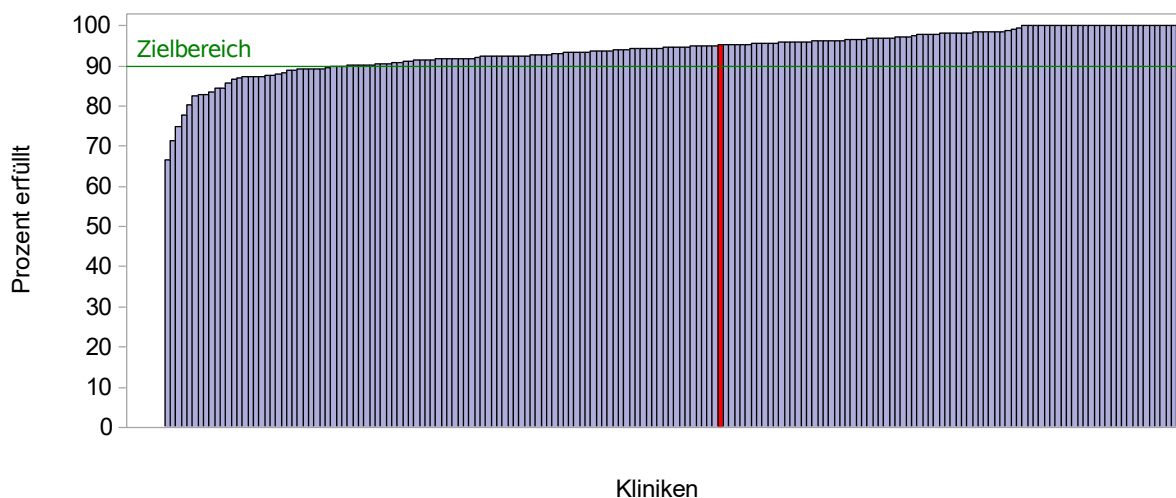


12.3 Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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 %	95.2	93.8	94.0	92.2

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

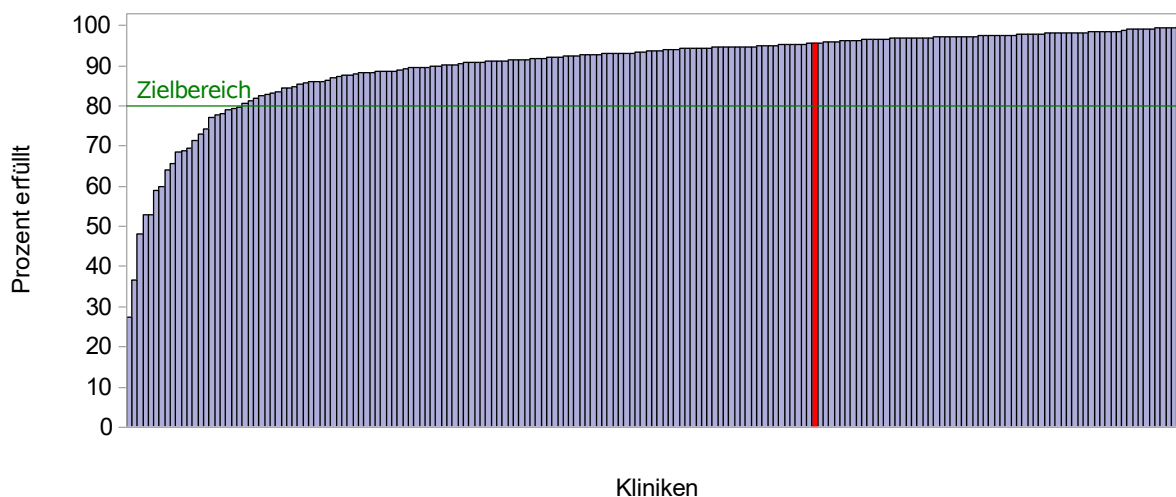


12.4 Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA

Qualitätsziel:	Durchführung einer Hirngefäßdiagnostik bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA.
Zielbereich:	≥ 80%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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 %	95.8	93.3	93.6	89.3

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.

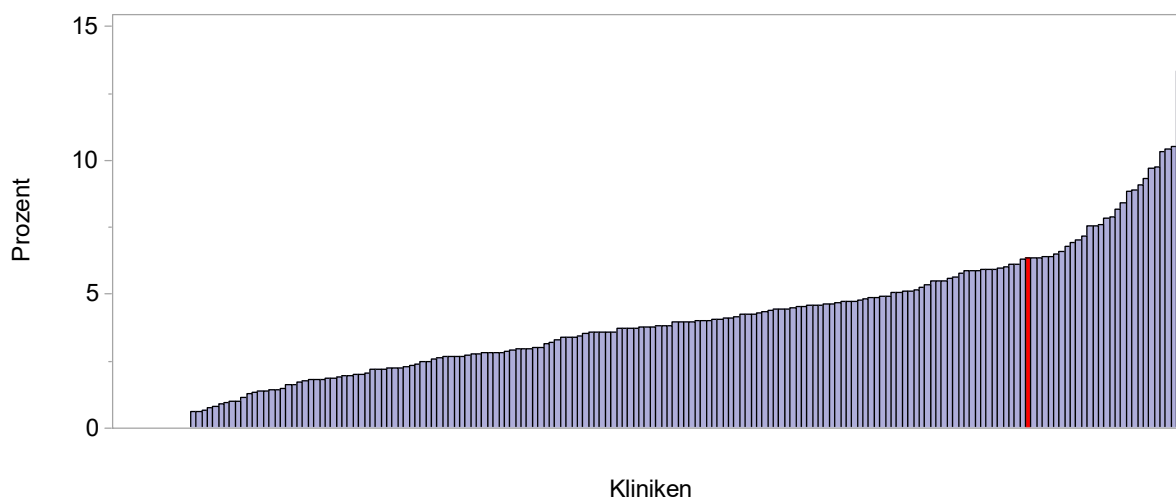
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	6.3	4.3	4.4	4.2

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		
1.41	1.06	bis	1.85

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.

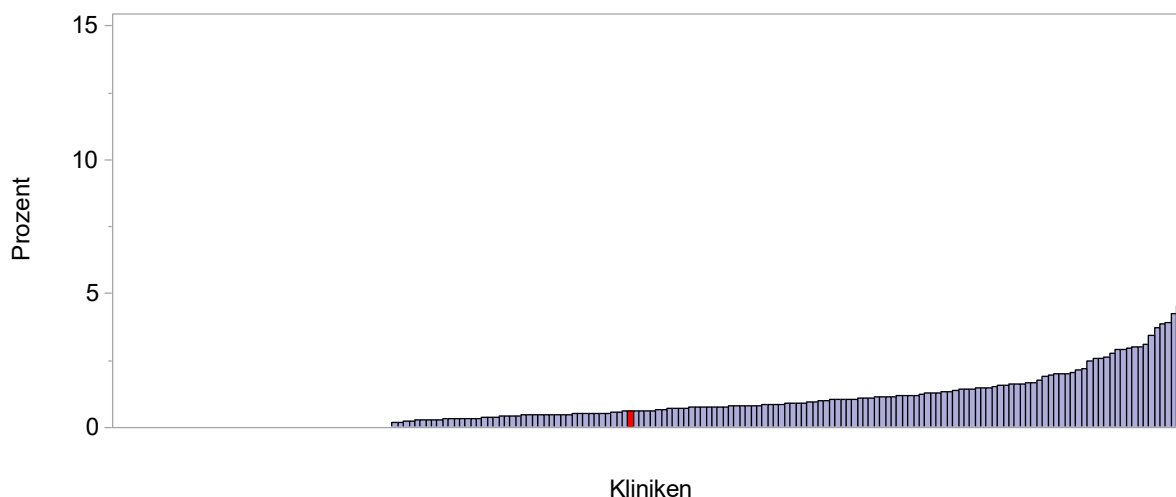
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	0.6	1.0	1.0	0.9

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		
0.61	0.24	bis	1.27

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.

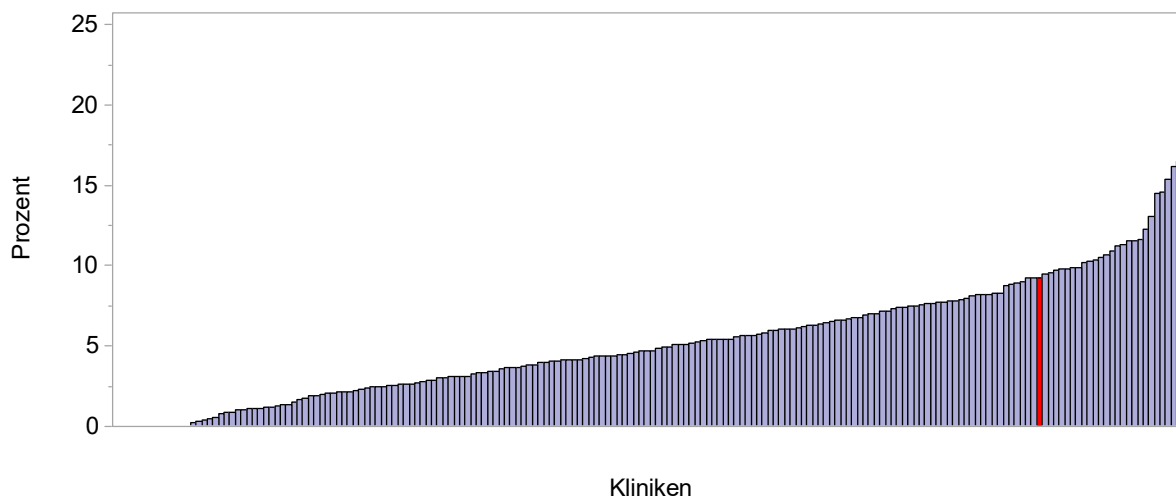
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Komplikation Pneumonie	9.3	6.1	6.2	4.9

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		
1.56	1.25	bis	1.92

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.

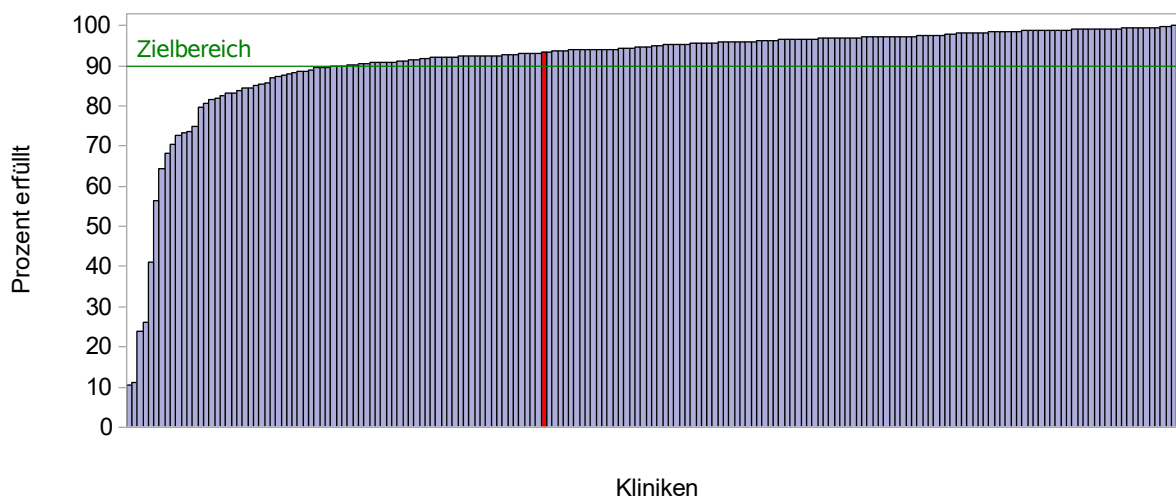


12.7 Screening für Schluckstörungen

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 %	93.5	93.7	94.1	89.1

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

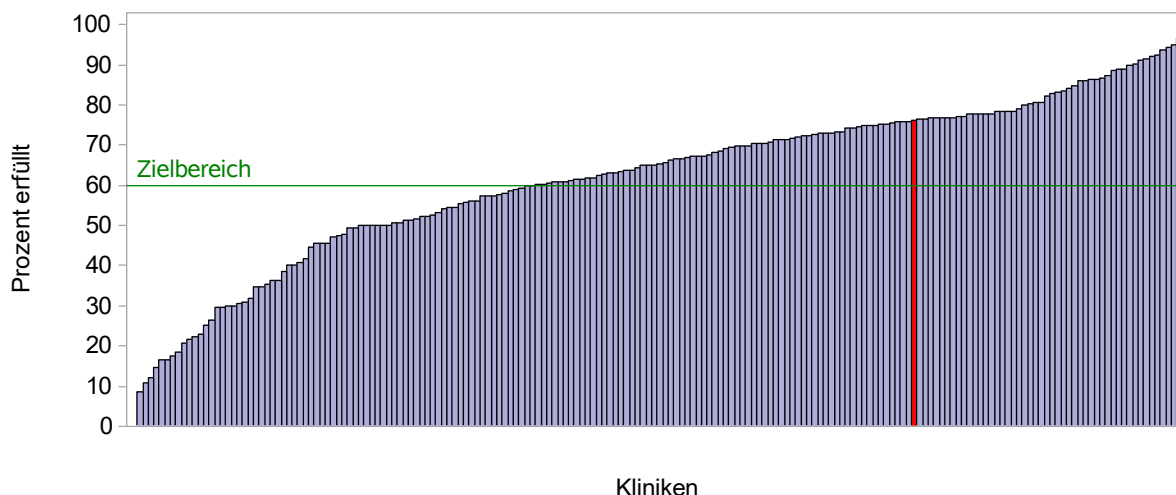


12.8 a) Anteil der Patienten mit Bildgebung innerhalb von 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden

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 %	76.1	66.4	67.9	50.1

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

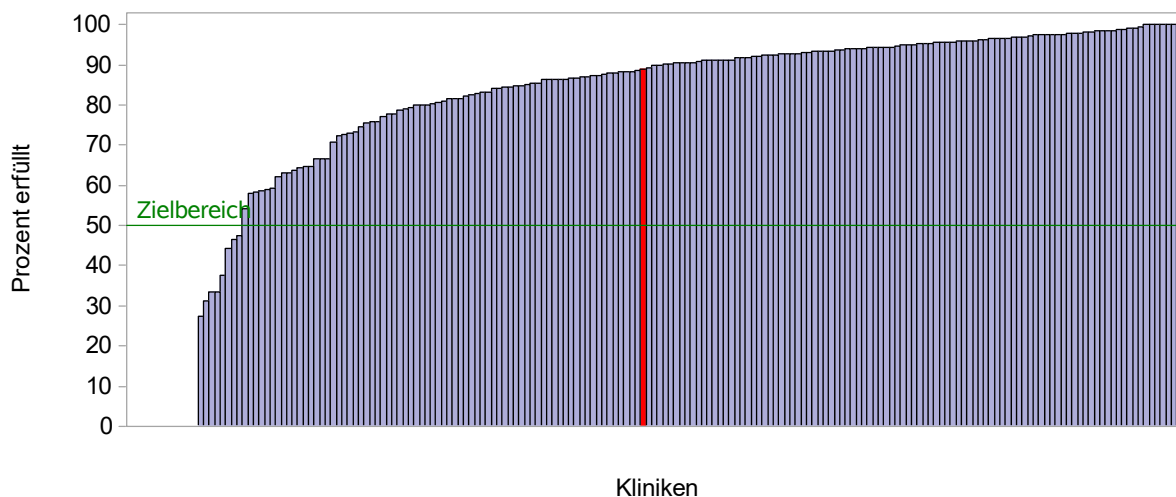


12.8 b) CT- / MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung

Qualitätsziel:	Möglichst häufig Durchführung einer CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an native Bildgebung bei Patienten mit Hirnfarkt.
Zielbereich:	≥ 50%
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 %	89.0	89.3	90.3	75.7

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

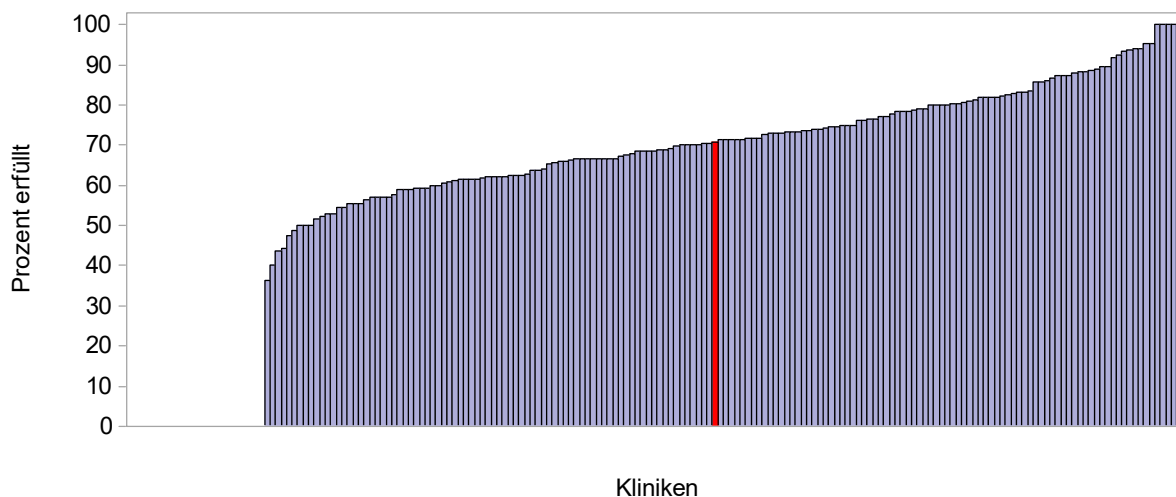


12.9 a) Frühe systemische Thrombolyse (innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme, Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)

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 %	70.7	71.5	71.6	69.3

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

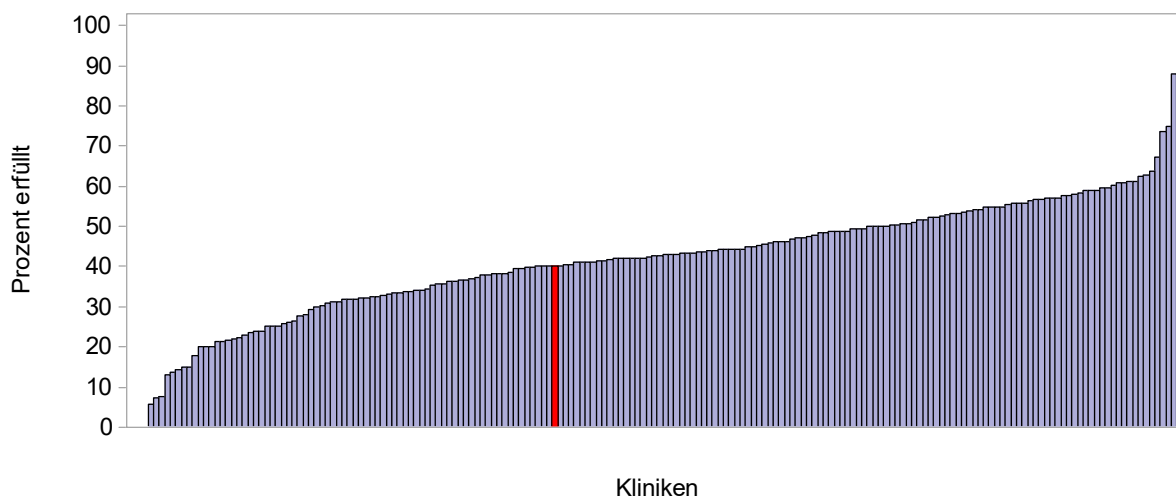


12.9 b) Frühe systemische Thrombolyse innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme

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 %	40.2	44.6	45.3	36.3

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

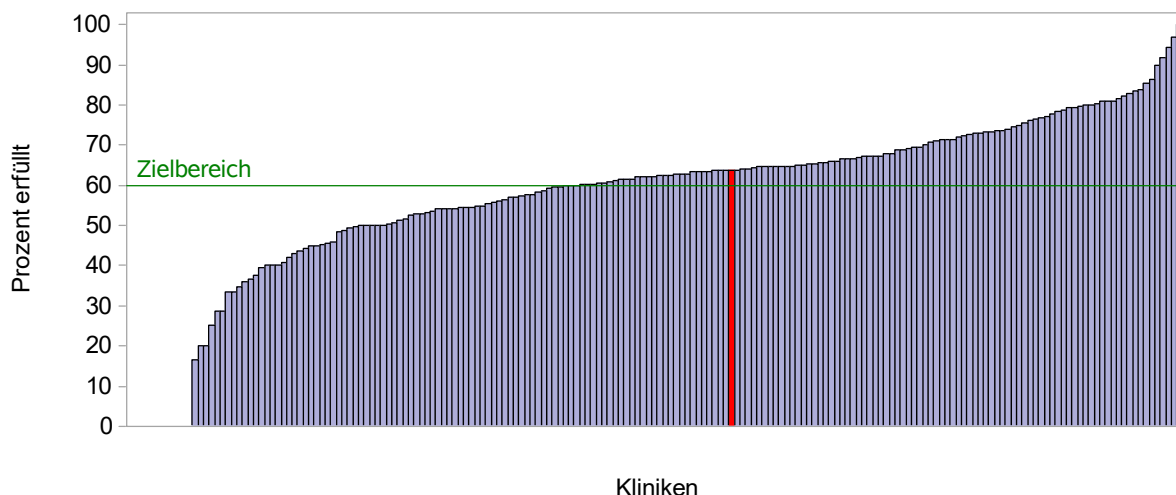


12.9 c) Frühe systemische Thrombolyse (innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme, ohne Altersbeschränkung, NIHSS 4-25)

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 %	63.7	63.7	64.3	55.6

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

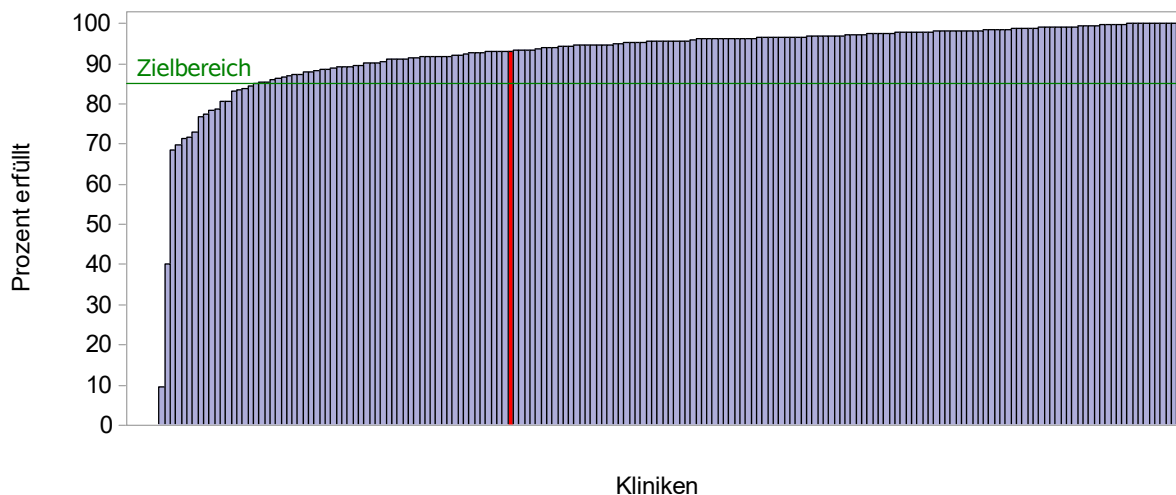


12.10 Behandlung auf einer Stroke Unit

Qualitätsziel:	Aufnahme möglichst vieler Patienten mit Hirninfarkt oder TIA auf einer Stroke Unit, wenn das Ereignis innerhalb von 24 Stunden vor Aufnahme eintrat.
Zielbereich:	≥ 85%
<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 %	93.2	93.6	93.8	91.0

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

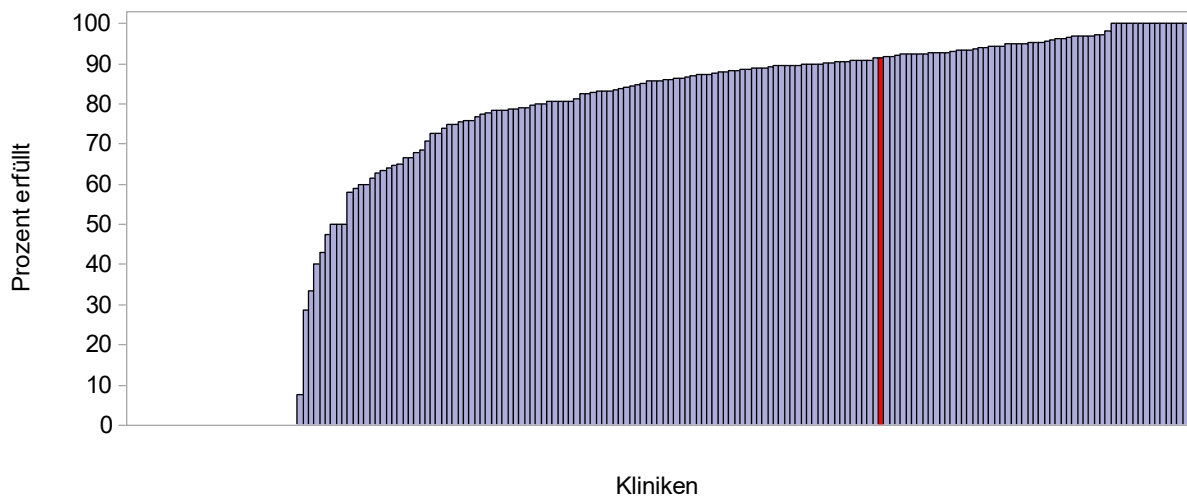


12.11 a) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)

Qualitätsziel:	Hoher Anteil von Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 60 Minuten bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
Berechnung des Qualitätsindikators	
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 %	91.5	86.2	86.9	74.8

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

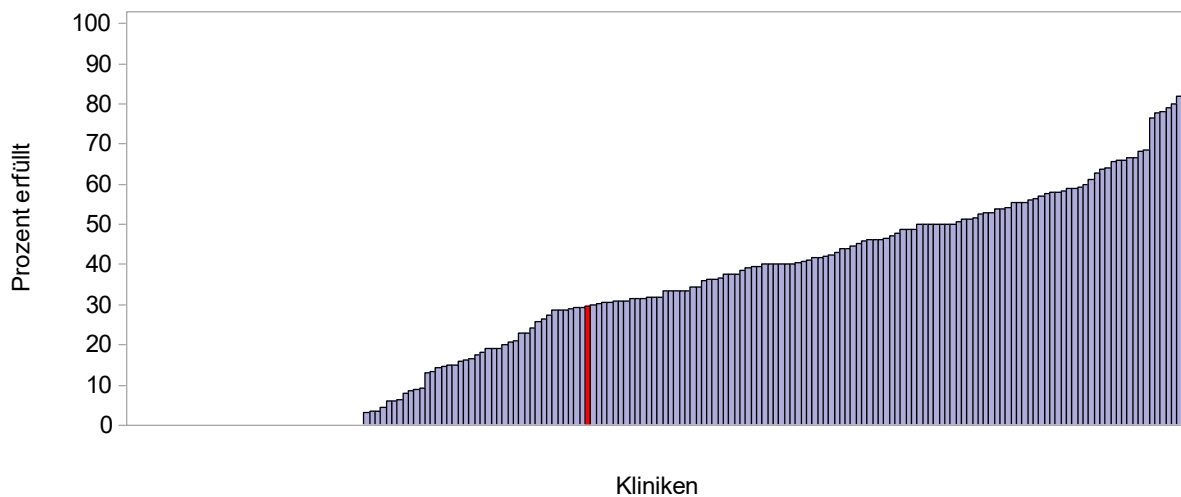


12.11 b) Door-to-needle time ≤ 30 Minuten (Alter ≤ 80 Jahre, NIHSS 4-25)

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 %	29.6	39.2	39.8	29.5

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

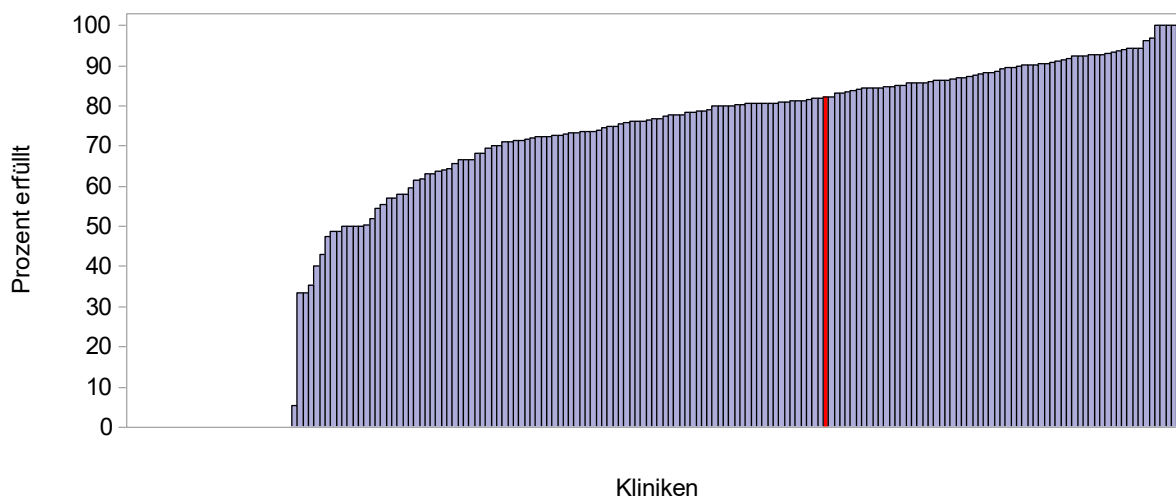


12.11 c) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten Off-Label Use

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 %	82.1	78.0	78.8	65.0

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

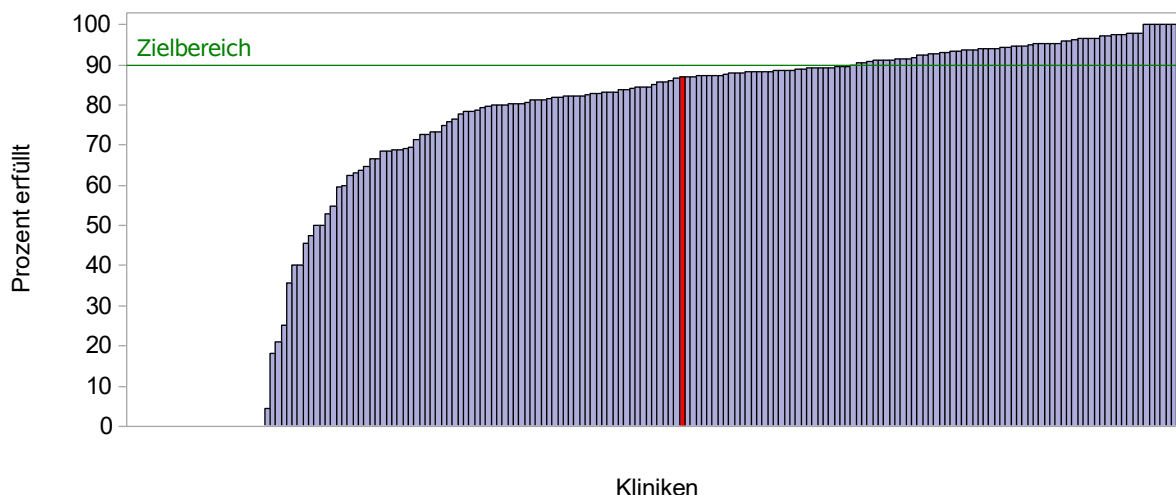


12.11 d) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten ohne Altersbeschränkung

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 %	87.0	85.7	86.6	71.5

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

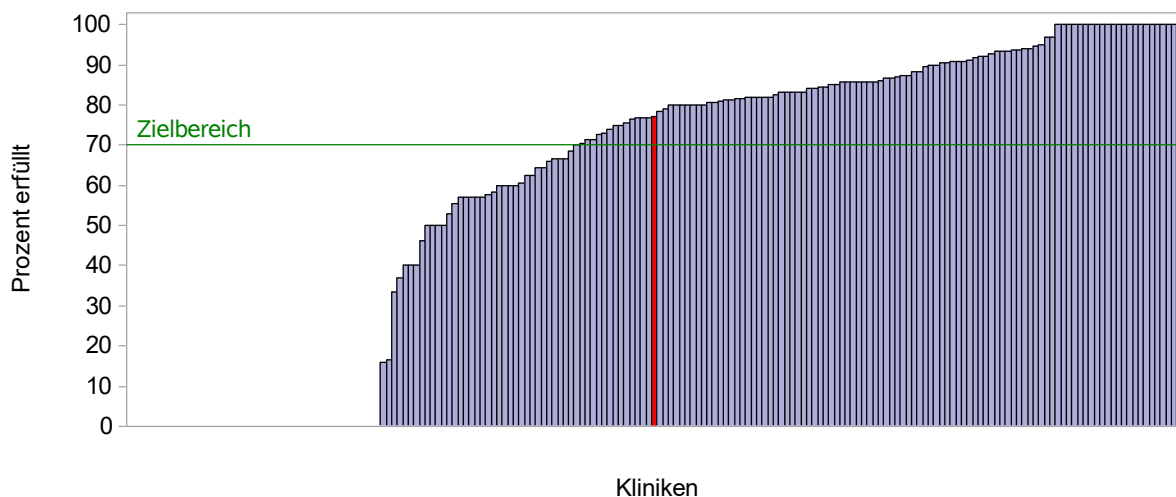


12.12 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose

Qualitätsziel:	Hoher Anteil frühzeitig mittels Revaskularisierung (Operation) behandelter Patienten mit symptomatischer Karotisstenose nach TIA oder nicht-behinderndem Hirninfarkt.
Zielbereich:	≥ 70%
<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 %	77.0	79.6	80.1	72.1

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.

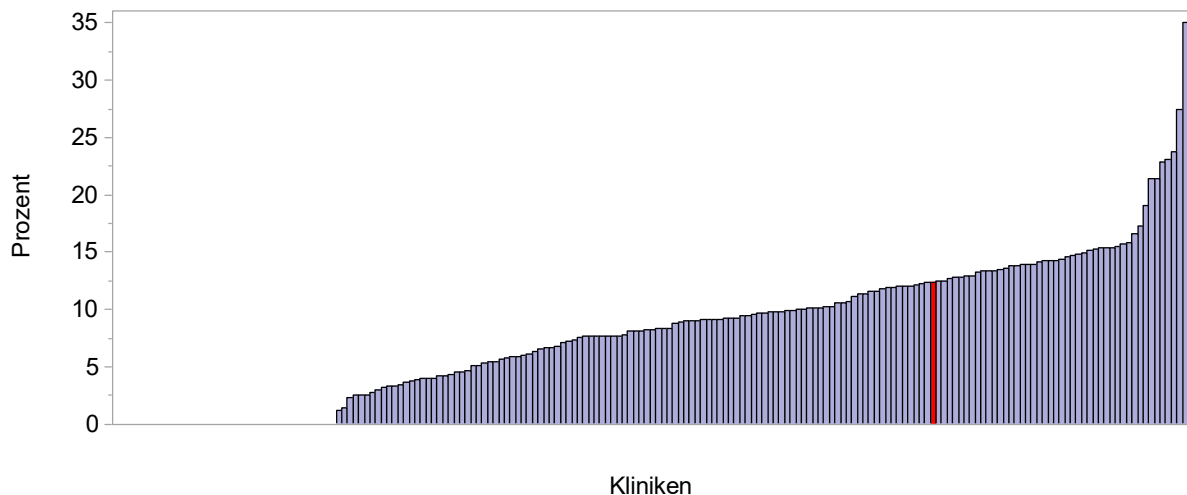
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	12.4	10.9	11.0	0.0

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		
1.01	0.67	bis	1.47

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.

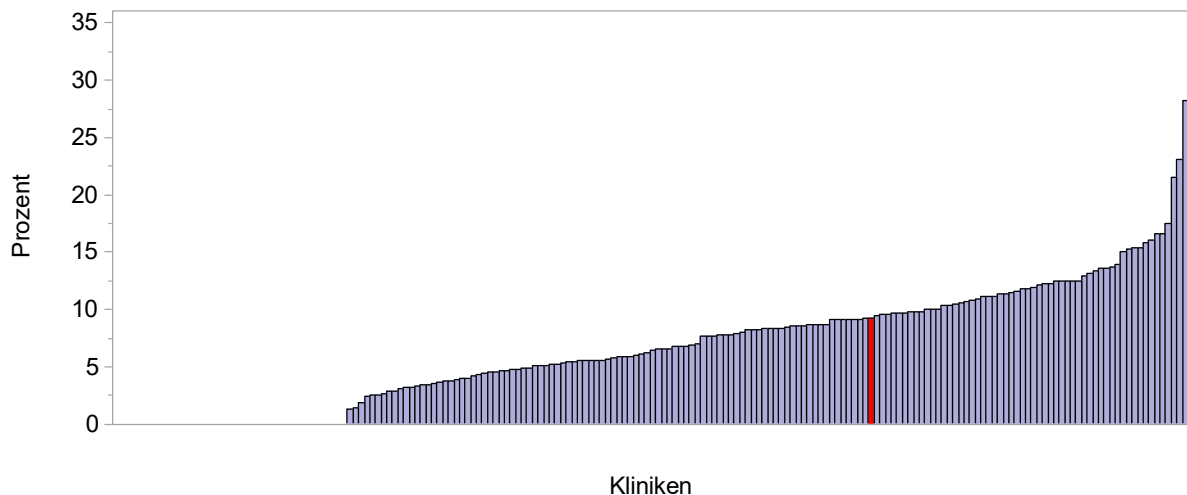
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	9.3	8.2	8.2	0.0

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		
1.05	0.61	bis	1.73

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.

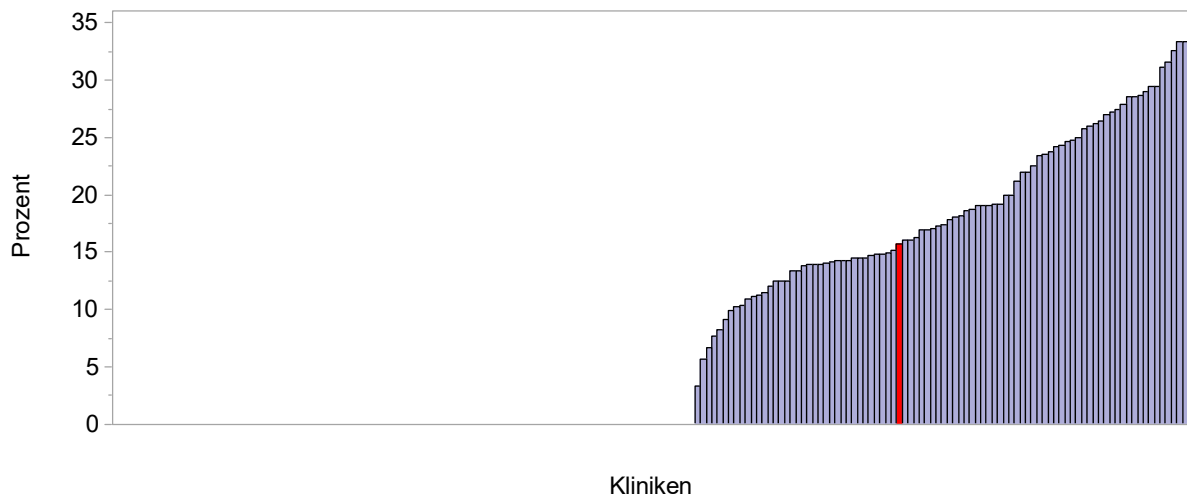
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	15.7	18.2	18.2	0.0

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		
0.83	0.52	bis	1.28

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.

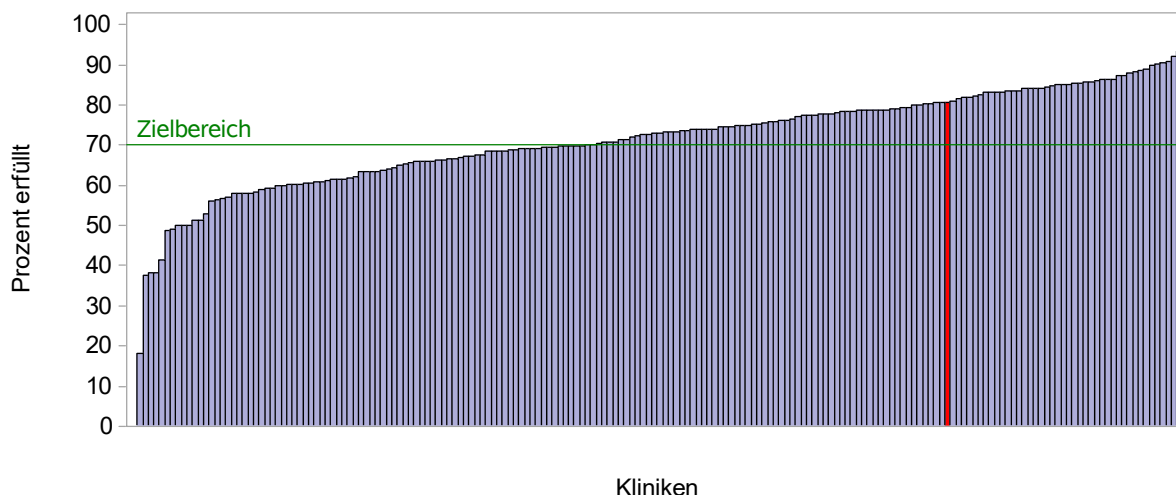


12.14 Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen

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 %	80.6	73.3	74.0	66.2

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

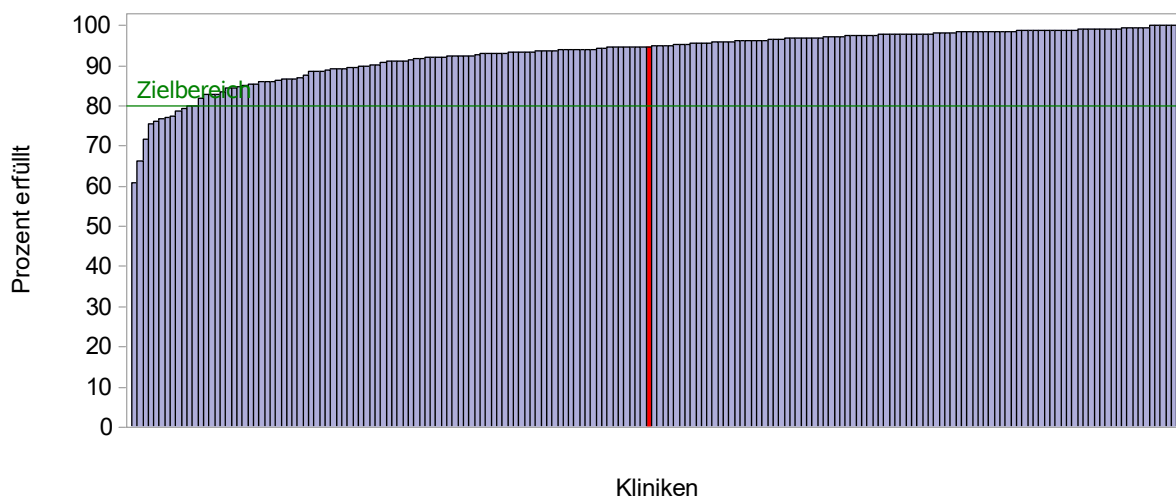


12.15 Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung

Qualitätsziel:	Gabe von Statinen bei Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA.
Zielbereich:	≥ 80%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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 %	94.8	92.9	93.0	91.9

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

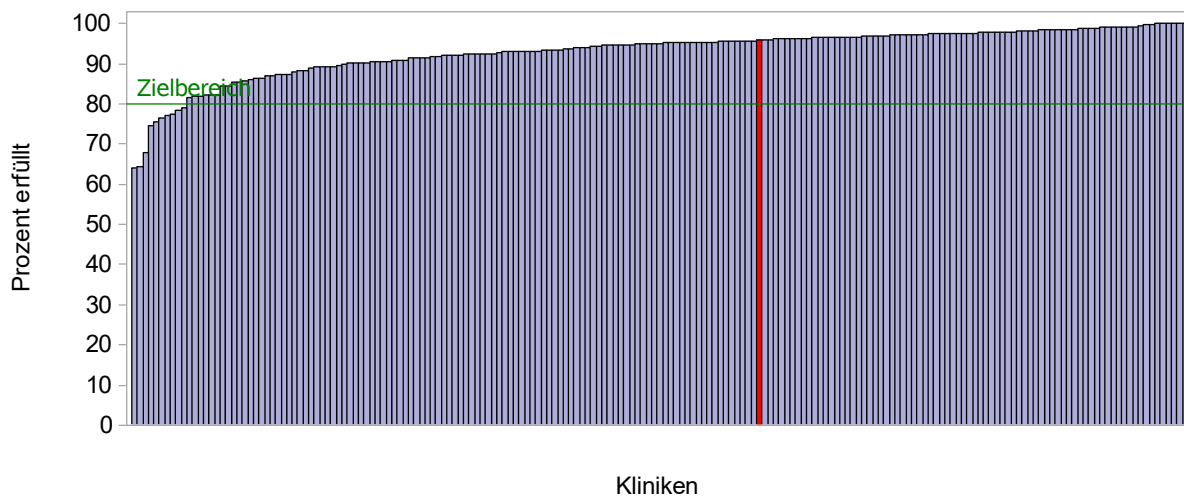


12.16 Vorhofflimmern-Diagnostik

Qualitätsziel:	Vorhofflimmern-Diagnostik bei Patienten mit Hirnfarkt oder TIA.
Zielbereich:	≥ 80%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
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 %	95.9	93.1	93.3	91.3

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

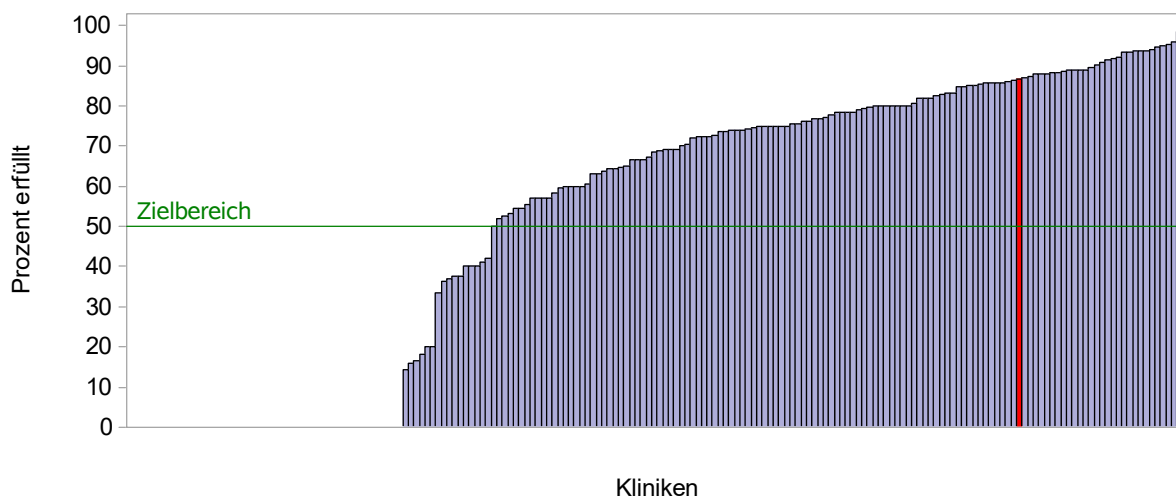


12.17 a) Intraarterielle Therapie innerhalb von 6 Stunden nach Aufnahme

Qualitätsziel:	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt innerhalb von 6 Stunden nach Aufnahme.
Zielbereich:	≥ 50%
<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 %	86.6	77.9	78.7	58.9

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

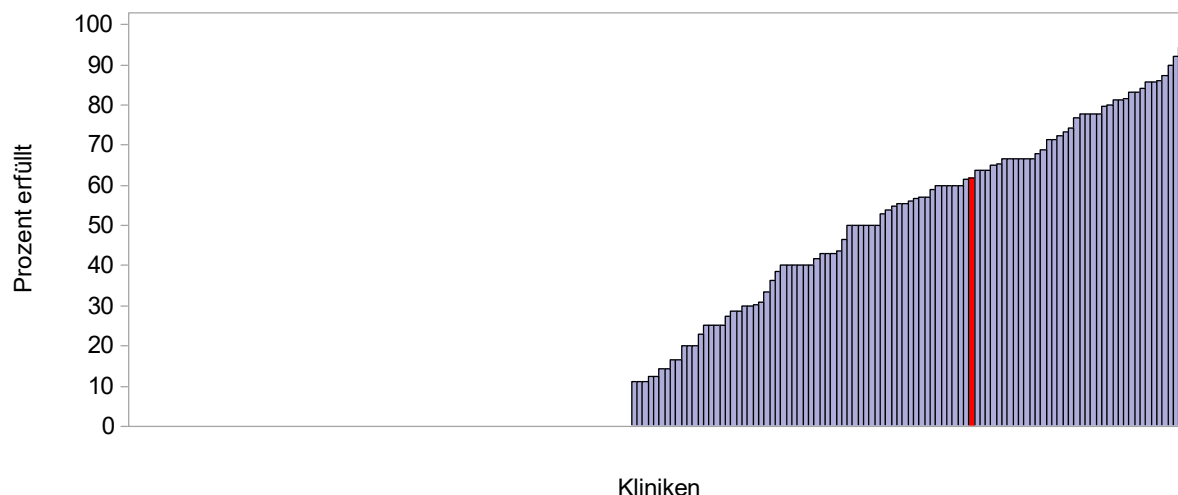


12.17 c) Intraarterielle Therapie innerhalb von 7 bis 24 Stunden nach Aufnahme

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 %	61.9	58.9	59.6	0.0

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

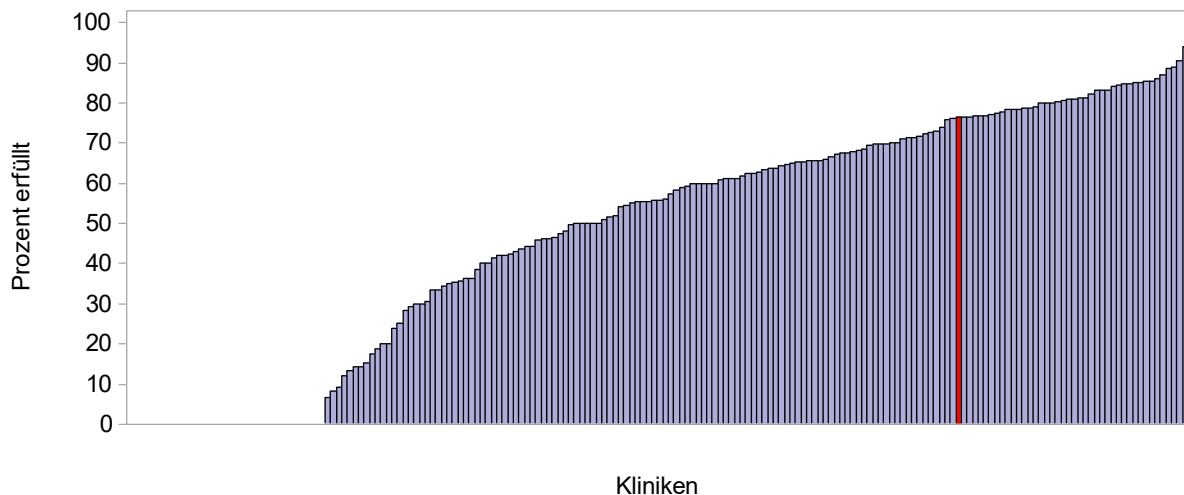


12.17 c) Intraarterielle Therapie

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 %	76.5	68.2	69.4	44.2

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

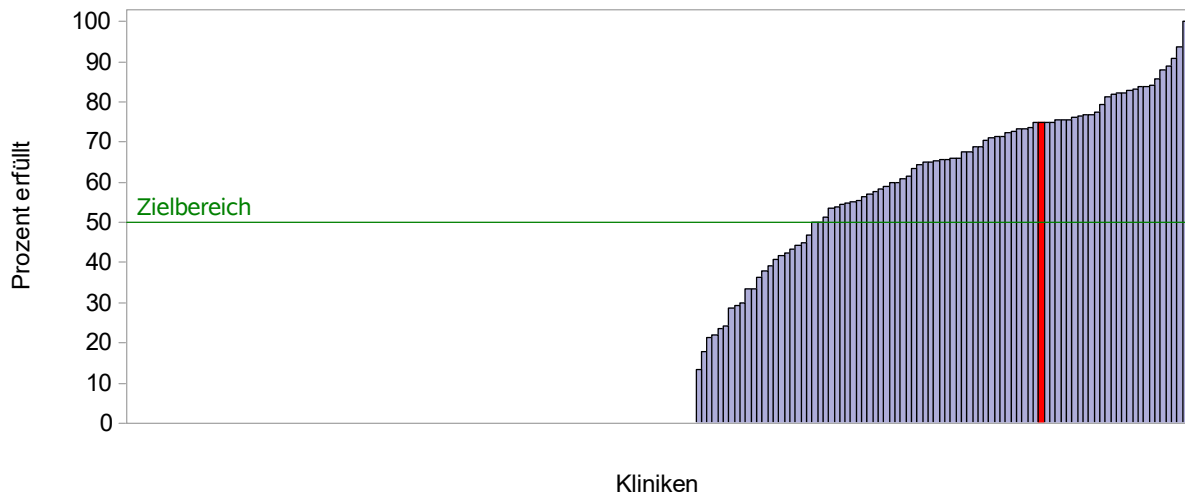


12.18 a) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten

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 %	75.0	66.0	66.0	65.5

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

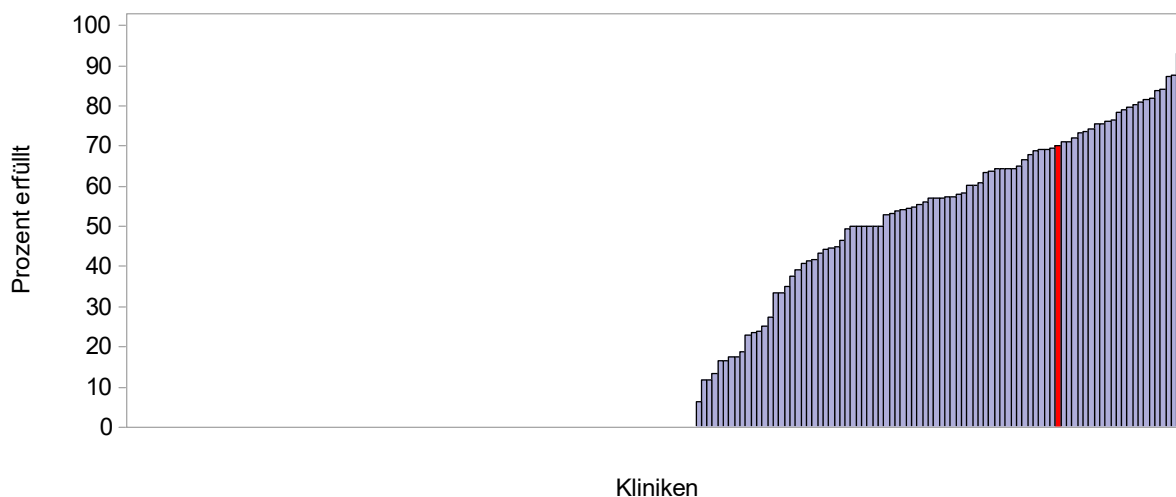


12.18 b) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse noch NICHT vor Aufnahme durchgeführt)

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 %	70.2	57.3	57.2	61.3

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

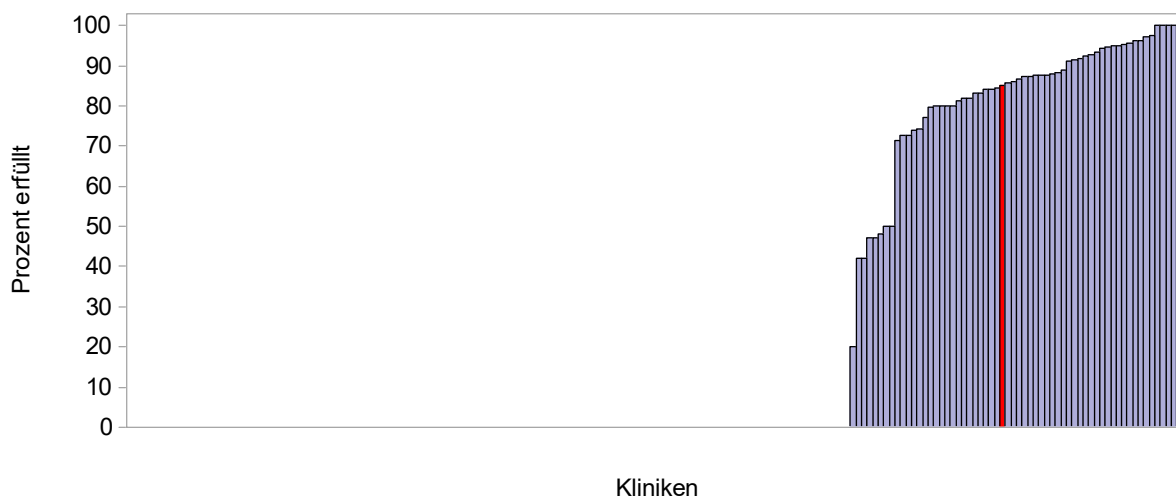


12.18 c) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse bereits vor Aufnahme durchgeführt)

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 %	85.2	85.1	85.1	93.3

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

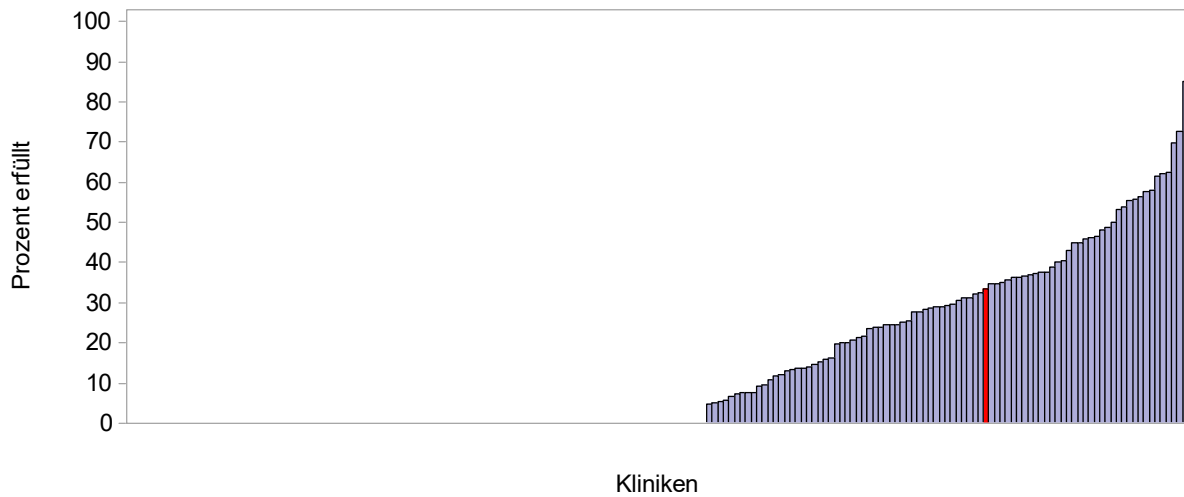


12.18 d) Door-to-Puncture-Time ≤ 60 Minuten

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 %	33.3	35.1	35.2	28.2

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

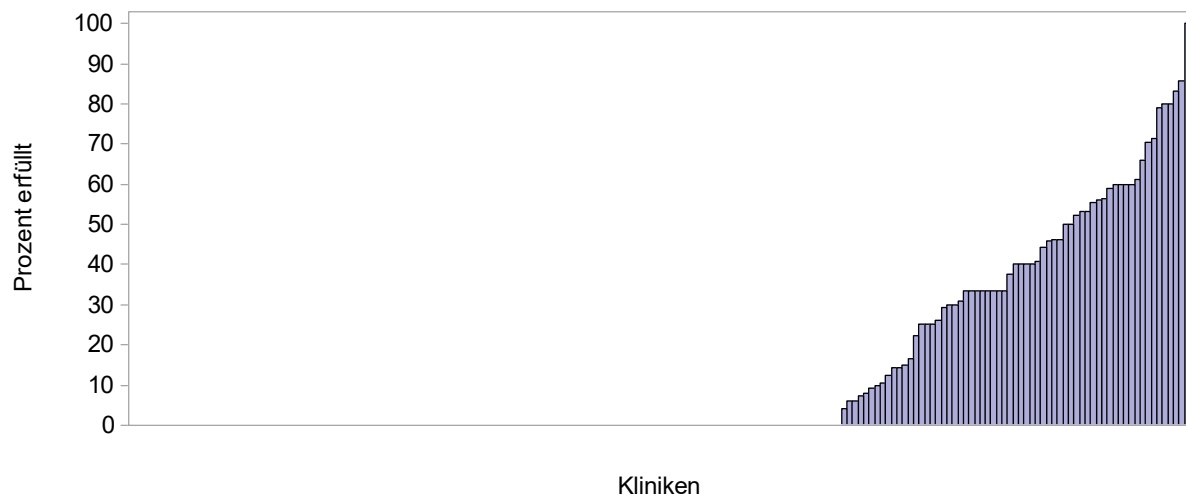


12.19 Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie

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 %	.	36.4	36.7	32.1

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 %	91.1	87.0	87.1	81.7

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

