

**Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universität Münster**

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

Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Jahresauswertung 2024

Zentrum 48

Kreisklinikum Siegen

Siegen

1. Allgemeine Hinweise

Dieser Bericht schließt alle Patienten ein, die zwischen dem 01.01.2024 stationär aufgenommen und dem 31.12.2024 entlassen wurden. Die Ergebnisse sind somit mit den bisherigen Auswertungen nur bedingt vergleichbar.

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 Dezember 2024. 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 2025

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	20
11.1 Lyse/Intraatrielle Therapie (IAT) durchgeführt	20
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	21
11.5 Lyse bei Einweisung innerhalb der ersten 3 Stunden nach Ereignis	22
11.6 Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung	22
11.7 Zeit Aufnahme - Beginn Lyse	22

Inhalt	Seite
11.8 Zeit 1. Bildgebung - Beginn Lyse	22
11.9 Zeit Aufnahme - Leistenpunktion	22
11.10 Zeit 1. Bildgebung - Leistenpunktion	23
11.11 Zeit Lyse - Leistenpunktion	23
11.12 Rekanalisation	23
12. Qualitätsindikatoren	24
12.1 Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie	24
12.2 Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie	25
12.3 Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	26
12.4 Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	27
12.5 a) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	28
12.5 b) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	29
12.6 Pneumonierate nach Schlaganfall	30
12.7 Screening für Schluckstörungen	31
12.8 a) Anteil der Patienten mit Bildgebung innerhalb von 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden	32
12.8 b) CT- / MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung	33
12.9 a) Frühe systemische Thrombolyse (Alter 18-80 Jahre, NIHSSA 4-25)	34
12.9 b) Frühe systemische Thrombolyse	35
12.9 c) Frühe systemische Thrombolyse (NIHSSA 4-25)	36
12.10 Behandlung auf einer Stroke Unit	37
12.11 a) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSSA 4-25)	38
12.11 b) Door-to-needle time ≤ 30 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSSA 4-25)	39
12.11 c) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (erweiterte Indikation)	40
12.11 d) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (NIHSSA 4-25)	41
12.12 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose	42
12.13 a) Sterblichkeit nach Rekanalisation	43
12.13 b) Sterblichkeit nach Thrombolyse	44
12.13 c) Sterblichkeit nach Intraarterieller Therapie	45
12.14 Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	46
12.15 Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung	47
12.16 Vorhofflimmern-Diagnostik	48
12.17 a) Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster ≤ 6 Stunden)	49
12.17 b) Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster 6-24 Stunden)	50
12.17 c) Intraarterielle Therapie (IAT)	51
12.18 a) Door-To-Puncture-Time ≤ 90 Minuten	52
12.18 b) Door-To-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (mit Bildgebung oder Lyse im eigenen Haus)	53
12.18 c) Door-To-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebung oder Lyse vor Aufnahme)	54
12.18 d) Door-To-Puncture-Time ≤ 60 Minuten	55
12.19 Frühzeitige Verlegung zur Intraarteriellen Therapie innerhalb von 75 Minuten	56
12.20 Erreichen des Rekanalisationsziels	57

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 24 bis 57. Wird der Zielbereich erreicht, erscheint der QI-Wert grün, bei Unterschreiten des Ziels rot.

Nr. QSNWD	Nr. ADSR	Qualitätsindikator	Eigene Klinik %	Gesamtprojekt %	Zielbereich %	Seite
1	2	Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie	94.1	97.6	≥ 90	24
2	3	Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie	93.3	95.8	≥ 90	25
3	6	Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	93.7	94.5	≥ 90	26
4	9	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	97.8	94.1	≥ 80	27
5a	10a	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	7.0	4.6	nicht def.	28
5b	10b	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	1.1	0.9	nicht def.	29
6	11	Pneumonierate nach Schlaganfall	7.2	5.7	nicht def.	30
7	12	Screening für Schluckstörungen	93.8	95.1	≥ 90	31
8a	13a	Anteil der Patienten mit Bildgebung ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden	66.7	69.7	≥ 60	32
8b	13b	Frühzeitige CT- / MR bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung	95.3	94.2	≥ 70	33
9a	14a	Frühe systemische Thrombolyse (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	71.2	74.6	nicht def.	34
9b	14b	Frühe systemische Thrombolyse	43.4	45.3	nicht def.	35
9c	14c	Frühe systemische Thrombolyse (NIHSS 4-25)	63.0	65.8	≥ 60	36
10	15	Behandlung auf einer Stroke Unit	96.7	94.0	≥ 90	37
11a	16a	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	80.3	87.1	nicht def.	38

Nr. QSNWD	Nr. ADSR	Qualitätsindikator	Eigene Klinik %	Gesamtprojekt %	Zielbereich %	Seite
11b	16b	Door-to-needle time ≤ 30 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	14.8	45.0	nicht def.	39
11c	16c	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (erweiterte Indikation)	65.6	79.6	nicht def.	40
11d	16d	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (NIHSS 4-25)	81.4	86.8	≥ 90	41
12	17	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose	88.1	81.8	≥ 80	42
13a	18a	Sterblichkeit nach Rekanalisation	20.2	12.0	nicht def.	43
13b	18b	Sterblichkeit nach Thrombolyse	15.2	8.2	nicht def.	44
13c	18c	Sterblichkeit nach Intraarterieller Therapie	25.4	20.5	nicht def.	45
14	19	Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	83.6	76.3	≥ 70	46
15	21	Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung	95.3	96.0	≥ 90	47
16	22	Vorhofflimmern-Diagnostik	96.1	94.8	≥ 90	48
17a	23a	Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster ≤ 6 Stunden)	94.3	75.7	≥ 60	49
17b	23b	Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster > 6-24 Stunden)	72.7	56.1	≥ 40	50
17c	23c	Intraarterielle Therapie (IAT)	83.1	67.6	nicht def.	51
18a	25a	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten	71.0	68.8	nicht def.	52
18b	25b	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse im eigenen Haus durchgeführt (Direct to Center))	64.8	61.3	≥ 50	53
18c	25c	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse bereits vor Aufnahme durchgeführt (Drip and Ship))	89.1	84.7	≥ 70	54
18d	25d	Door-to-Puncture-Time ≤ 60 Minuten	35.9	35.5	nicht def.	55
19	26	Frühzeitige Verlegung zur IAT	.	55.6	nicht def.	56
20	27	Erreichen des Rekanalisationsziels	90.3	86.6	≥ 80	57

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:	194	mit Fachabteilung Neurologie:	153
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	134
in NRW:	46		
in Niedersachsen:	36	mit Fachabteilung Innere Medizin:	38
in Bremen:	4	davon mit zertifizierter Stroke Unit:	8
in Schleswig Holstein:	1		
in Mecklenburg Vorpommern:	12	mit Fachabteilung Geriatrie:	1
in Sachsen:	22		
in Sachsen Anhalt:	13		
in Thüringen:	27	mit Fachabteilung Kardiologie:	1
in Brandenburg:	20		
im Saarland:	10		
in Luxemburg:	3	mit Fachabteilung Neurochirurgie:	1
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	1

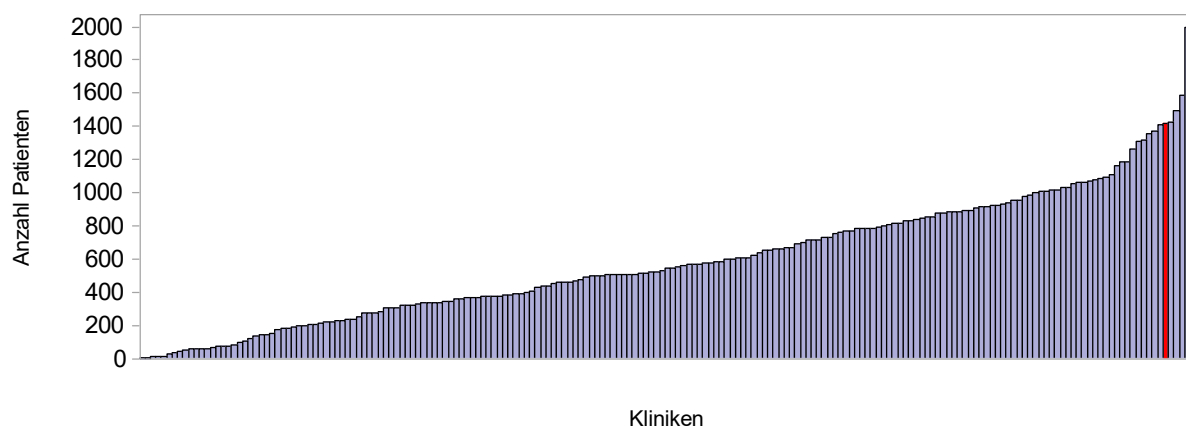
1.2 Anzahl und Quartalsverteilung der Patienten

	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
erfasste Stroke Bögen	1440	1.2	119997	100	106211	88.5	13786	11.5
vollst. dokumentiert ¹	1419	98.5	114588	95.5	101612	95.7	12976	94.1
Minimaldatensätze (MDS) ¹	21	1.5	5409	4.5	4599	4.3	810	5.9
MDS: Ereignis älter 7 Tage ²	11	52.4	2572	47.6	2343	50.9	229	28.3
MDS: Entl./Verlegung vor 1. Bildgebung ²	0	0.0	64	1.2	32	0.7	32	4.0
MDS: nur Frühreha, keine Akutbehandlung ²	0	0.0	233	4.3	199	4.3	34	4.2
MDS: bereits vor Aufnahme palliative Zielsetzung ²	0	0.0	398	7.4	334	7.3	64	7.9
MDS: sonstiger Grund ²	10	47.6	2142	39.6	1691	36.8	451	55.7

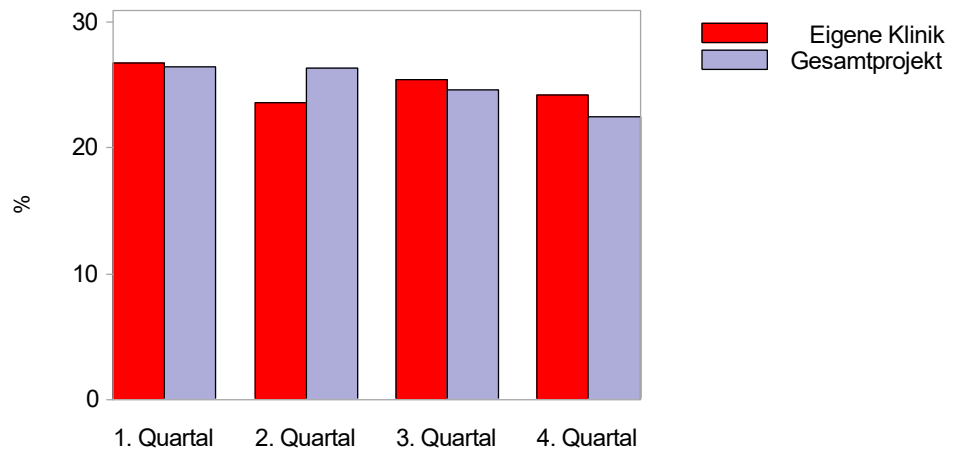
Je nach Strukturqualität der teilnehmenden Einrichtung Vergleich mit allen Einrichtungen mit bzw. ohne zertifizierte Stroke Unit.

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)

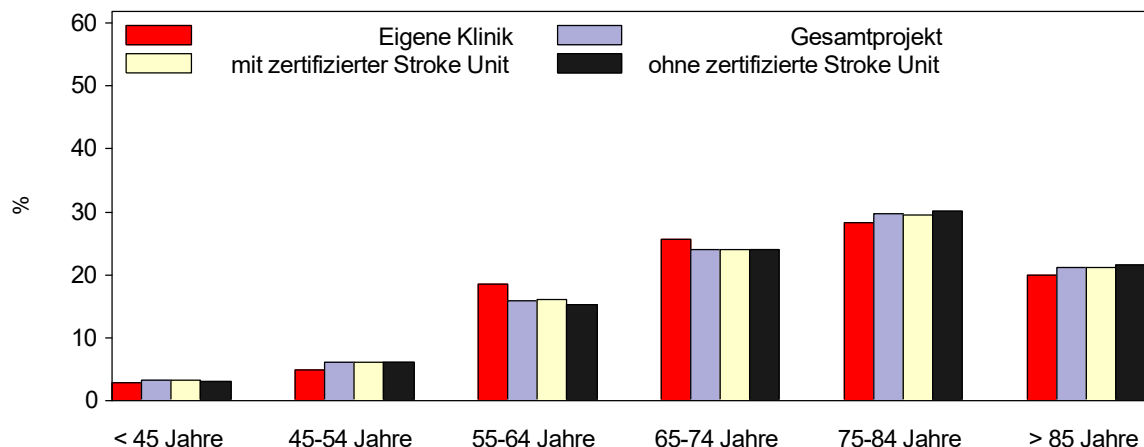
Geschlecht	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	741	52.2	59793	52.2	53114	52.3	6679	51.5
weiblich	678	47.8	54753	47.8	48470	47.7	6283	48.4
divers	0	0.0	3	0.0	3	0.0	0	0.0
unbestimmt	0	0.0	2	0.0	2	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	37	0.0	23	0.0	14	0.1

Durchschnittsalter	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mittelwert, Jahre	72.6		73.0		73.0		73.3	
Anteil ≥ 75 Jahre, %	48.1		50.9		50.7		51.7	
Anteil ≤ 60 Jahre, %	17.3		17.6		17.7		17.0	

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

Palliative Zielsetzung dokumentiert	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1249	89.2	104326	93.7	92659	93.7	11667	94.1
Ja	152	10.8	6826	6.1	6158	6.2	668	5.4
fehlende Angabe	0	0.0	148	0.1	86	0.1	62	0.5

Altersverteilung aller dokumentierten Patienten

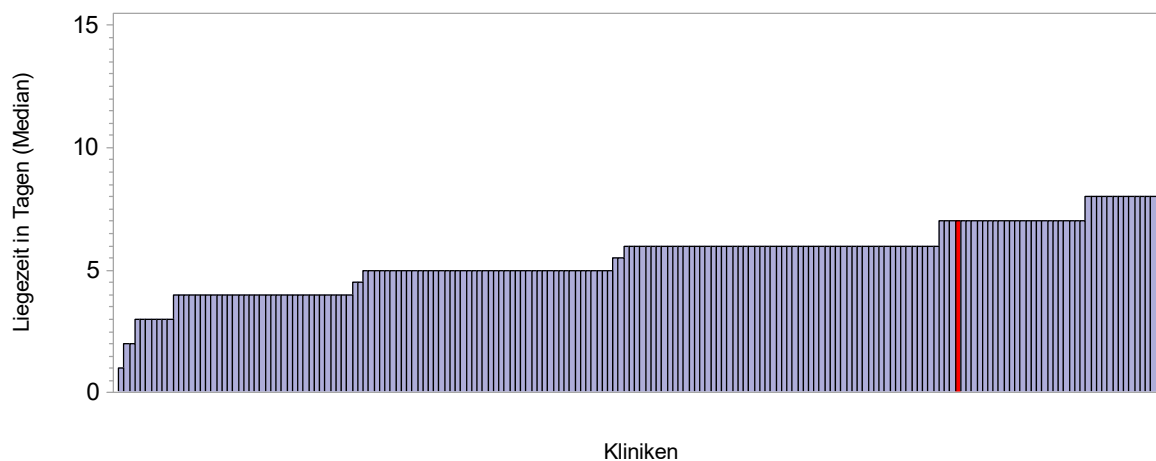


3. Liegezeiten

3.1 Liegezeit gesamt

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

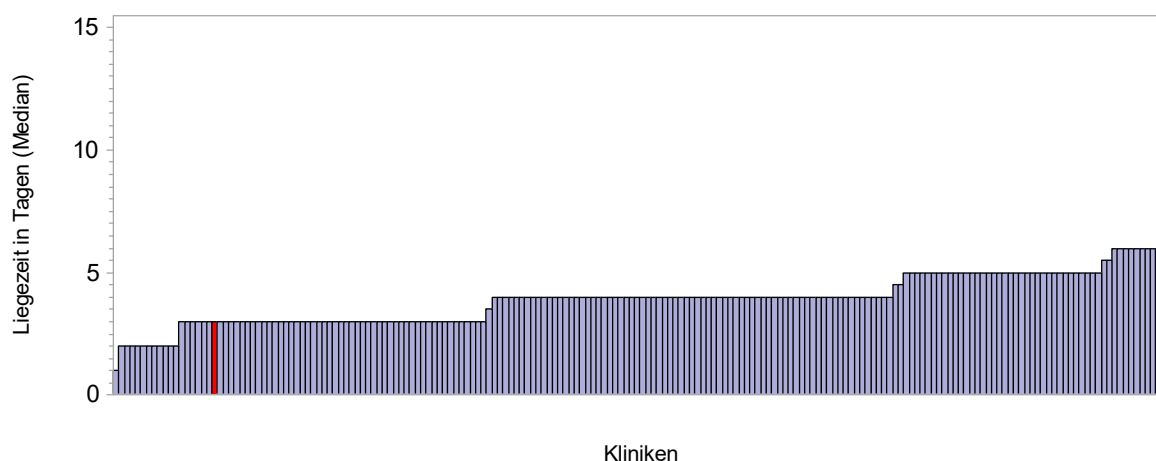
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	9.1	7.5	7.7	6.5
Median	6.0	6.0	6.0	5.0



3.2 Liegezeit bei Patienten mit einer TIA

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

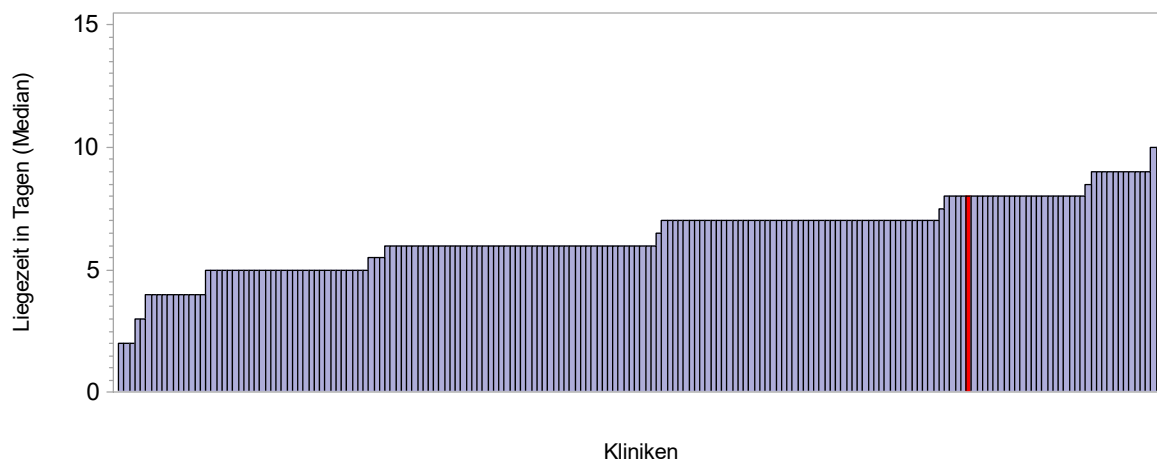
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	3.7	4.5	4.6	4.1
Median	3.0	4.0	4.0	3.0



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	10.3	8.5	8.6	7.5
Median	7.0	6.0	6.0	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	2.8	2.8	2.4
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	100	8.4	7666	7.7	6955	8.0	711	5.9
> 1-2 Stunden	197	16.6	18120	18.3	16235	18.6	1885	15.7
> 2-3 Stunden	121	10.2	10649	10.7	9184	10.5	1465	12.2
> 3-4 Stunden	59	5.0	5864	5.9	5048	5.8	816	6.8
> 4-5 Stunden	39	3.3	4186	4.2	3636	4.2	550	4.6
> 5-6 Stunden	25	2.1	3479	3.5	3042	3.5	437	3.6
> 6-9 Stunden	52	4.4	5872	5.9	5045	5.8	827	6.9
> 9-24 Stunden	100	8.4	12970	13.1	11172	12.8	1798	15.0
> 24-48 Stunden	50	4.2	5977	6.0	5148	5.9	829	6.9
> 48h	69	5.8	10927	11.0	9680	11.1	1247	10.4
Inhouse-Stroke	0	0.0	251	0.3	204	0.2	47	0.4
Wake-up Stroke	105	8.8	6608	6.7	5900	6.8	708	5.9
keine Angabe möglich	273	22.9	6484	6.5	5809	6.7	675	5.6
fehlende Angabe	0	0.0	33	0.0	15	0.0	18	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	1190	83.9	99086	86.5	87073	85.7	12013	92.6
aus externer Klinik	215	15.2	12828	11.2	12238	12.0	590	4.5
interne Hausverlegung	14	1.0	2299	2.0	2001	2.0	298	2.3
fehlende Angabe	0	0.0	375	0.3	300	0.3	75	0.6

Aufnahmestation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allgemeinstation	54	3.8	9801	8.6	8589	8.5	1212	9.3
Stroke Unit	1307	92.1	96859	84.5	85990	84.6	10869	83.8
Intensivstation	39	2.7	6071	5.3	5432	5.3	639	4.9
Sonstiges	19	1.3	1501	1.3	1329	1.3	172	1.3
fehlende Angabe	0	0.0	356	0.3	272	0.3	84	0.6

(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	78	5.6	10361	9.3	9109	9.2	1252	10.1
Ja	1323	94.4	100894	90.7	89781	90.8	11113	89.6
fehlende Angabe	0	0.0	45	0.0	13	0.0	32	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	296	20.9	30300	26.4	26419	26.0	3881	29.9
I60: Subarachnoidalblutung	14	1.0	798	0.7	708	0.7	90	0.7
I61: Intrazerebrale Blutung	75	5.3	5801	5.1	5227	5.1	574	4.4
I63: Hirninfarkt	1034	72.9	77184	67.4	69057	68.0	8127	62.6
I64: Schlaganfall nicht Blutung/nicht Infarkt	0	0.0	405	0.4	152	0.1	253	1.9
Andere ICD-10 Klassifikation	0	0.0	80	0.1	44	0.0	36	0.3
fehlende Angabe	0	0.0	20	0.0	5	0.0	15	0.1

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

Infarktetiologie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
atherothrombotisch	191	18.5	15314	19.8	13749	19.9	1565	19.3
kardiogen-embolisch	312	30.2	21339	27.6	19189	27.8	2150	26.5
mikroangiopathisch	163	15.8	15210	19.7	13294	19.3	1916	23.6
andere gesicherte Ursache	42	4.1	3960	5.1	3698	5.4	262	3.2
unklare Ätiologie	272	26.3	15797	20.5	14194	20.6	1603	19.7
konkurrierende Ursache	41	4.0	3520	4.6	3172	4.6	348	4.3
fehlende Angabe	13	1.3	2044	2.6	1761	2.6	283	3.5

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	248	17.5	16507	14.4	14406	14.2	2101	16.3
1: keine Funktionseinschränkung	264	18.6	20297	17.7	17942	17.7	2355	18.2
2: geringe Funktionseinschränkung	234	16.5	25603	22.4	22671	22.3	2932	22.7
3: mäßige Funktionseinschränkung	234	16.5	21697	19.0	19074	18.8	2623	20.3
4: mittlere Funktionseinschränkung	187	13.2	15258	13.3	13688	13.5	1570	12.1
5: schwere Funktionseinschränkung	252	17.8	15007	13.1	13687	13.5	1320	10.2
fehlende Angabe	0	0.0	119	0.1	95	0.1	24	0.2

(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	485	34.6	34023	30.6	30022	30.4	4001	32.4
1: keine Funktionseinschränkung	300	21.4	24054	21.6	21449	21.7	2605	21.1
2: geringe Funktionseinschränkung	212	15.1	19826	17.8	17572	17.8	2254	18.3
3: mäßige Funktionseinschränkung	113	8.1	12273	11.0	10785	10.9	1488	12.0
4: mittlere Funktionseinschränkung	96	6.9	8598	7.7	7773	7.9	825	6.7
5: schwere Funktionseinschränkung	54	3.9	5758	5.2	5231	5.3	527	4.3
6: Tod	141	10.1	6614	5.9	5996	6.1	618	5.0
fehlende Angabe	0	0.0	57	0.1	26	0.0	31	0.3

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	968	69.1	77674	69.8	68863	69.7	8811	71.3
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	152	10.8	15038	13.5	13337	13.5	1701	13.8
inkontinent	281	20.1	18401	16.5	16601	16.8	1800	14.6
fehlende Angabe	0	0.0	90	0.1	53	0.1	37	0.3

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	587	41.9	55067	49.5	49149	49.7	5918	47.9
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	259	18.5	24773	22.3	21689	21.9	3084	25.0
große Unterstützung	186	13.3	14874	13.4	13112	13.3	1762	14.3
vollständig abhängig	369	26.3	16399	14.7	14855	15.0	1544	12.5
fehlende Angabe	0	0.0	90	0.1	49	0.0	41	0.3

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	544	38.8	45426	40.8	40389	40.9	5037	40.8
geringe Unterstützung (Gehhilfe)	257	18.3	27065	24.3	23781	24.1	3284	26.6
unabhängig im Rollstuhl	203	14.5	17456	15.7	15362	15.5	2094	17.0
vollständig abhängig	397	28.3	21157	19.0	19266	19.5	1891	15.3
fehlende Angabe	0	0.0	99	0.1	56	0.1	43	0.3

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	1011	80.2	80930	77.4	71740	77.3	9190	78.3
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	141	11.2	13019	12.4	11560	12.4	1459	12.4
inkontinent	108	8.6	10546	10.1	9509	10.2	1037	8.8
fehlende Angabe	0	0.0	92	0.1	48	0.1	44	0.4

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	911	72.3	70852	67.7	63236	68.1	7616	64.9
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	183	14.5	18498	17.7	16064	17.3	2434	20.8
große Unterstützung	84	6.7	9148	8.7	8147	8.8	1001	8.5
vollständig abhängig	82	6.5	6004	5.7	5373	5.8	631	5.4
fehlende Angabe	0	0.0	85	0.1	37	0.0	48	0.4

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	842	66.8	61673	59.0	54965	59.2	6708	57.2
geringe Unterstützung (Gehhilfe)	195	15.5	22601	21.6	19715	21.2	2886	24.6
unabhängig im Rollstuhl	109	8.7	10856	10.4	9601	10.3	1255	10.7
vollständig abhängig	114	9.0	9377	9.0	8538	9.2	839	7.2
fehlende Angabe	0	0.0	80	0.1	38	0.0	42	0.4

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	67.4	71.8	71.7	72.8
Mittelwert bei Entlassung	83.0	80.7	80.7	81.0
Barthel-Differenz*	15.7	8.9	8.9	8.2

*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	562	39.6	55065	48.1	48442	47.7	6623	51.2
Ja	854	60.2	58457	51.1	52271	51.5	6186	47.9
nicht bestimmbar	3	0.2	904	0.8	812	0.8	92	0.7
fehlende Angabe	0	0.0	62	0.1	38	0.0	24	0.2

Sprachstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	992	69.9	83764	73.2	74468	73.3	9296	71.9
Ja	423	29.8	28843	25.2	25415	25.0	3428	26.5
nicht bestimmbar	4	0.3	1797	1.6	1621	1.6	176	1.4
fehlende Angabe	0	0.0	84	0.1	59	0.1	25	0.2

Sprechstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	787	55.5	72595	63.4	63989	63.0	8606	66.6
Ja	626	44.1	38995	34.1	34961	34.4	4034	31.2
nicht bestimmbar	6	0.4	2817	2.5	2561	2.5	256	2.0
fehlende Angabe	0	0.0	81	0.1	52	0.1	29	0.2

Schluckstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1054	74.3	94303	82.4	83661	82.4	10642	82.3
Ja	358	25.2	14966	13.1	13292	13.1	1674	13.0
nicht bestimmbar	7	0.5	5044	4.4	4524	4.5	520	4.0
fehlende Angabe	0	0.0	175	0.2	86	0.1	89	0.7

Bewußtsein	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
wach	1292	91.1	106630	93.1	94607	93.2	12023	93.0
somnolent-soporös	92	6.5	6056	5.3	5351	5.3	705	5.5
komatös	35	2.5	1698	1.5	1532	1.5	166	1.3
fehlende Angabe	0	0.0	104	0.1	73	0.1	31	0.2

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	6.6	5.8	5.8	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	374	26.7	30771	27.7	27330	27.6	3441	27.9
Hypertonie	1119	79.9	91451	82.2	81230	82.2	10221	82.8
Vorhofflimmern (vorbekannt)	230	16.4	21830	19.6	19405	19.6	2425	19.6
Vorhofflimmern (neu diagn.)	45	3.2	6918	6.2	6170	6.2	748	6.1
Früherer Schlaganfall	243	17.3	25749	23.2	22823	23.1	2926	23.7

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	6	0.4	130	0.1	115	0.1	15	0.1
1. Bildg. extern vor Aufnahme	164	11.6	11612	10.1	10954	10.8	658	5.1
1. Bildg. im eigenen Haus	1249	88.0	102740	89.7	90490	89.1	12250	94.8
fehlende Angabe	0	0.0	6	0.0	4	0.0	2	0.0

Art der Bildgebung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CT	193	15.5	92776	90.3	81690	90.3	11086	90.5
MRT	1046	83.7	54706	53.2	47911	52.9	6795	55.5

*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	553	44.3	46709	45.5	42566	47.0	4143	33.8
> 0.5-1 Stunde	306	24.5	18585	18.1	15829	17.5	2756	22.5
> 1-3 Stunden	298	23.9	24835	24.2	21115	23.3	3720	30.4
> 3-6 Stunden	41	3.3	6625	6.4	5846	6.5	779	6.4
> 6 Stunden	51	4.1	3877	3.8	3340	3.7	537	4.4
fehlende Angabe	0	0.0	2109	2.1	1794	2.0	315	2.6

*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	272		291		288		323	
50% Perzentil: Median	36.0		34.0		33.0		48.0	
5% Perzentil	6.0		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	170	12.0	16616	14.5	14420	14.2	2196	17.0
vor Aufnahme	90	6.3	5787	5.1	5448	5.4	339	2.6
direkt im Anschluss an native Bildgebung	1129	79.6	80541	70.3	72263	71.2	8278	64.0
nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung aber spätestens am Folgetag der Aufnahme	17	1.2	7543	6.6	6061	6.0	1482	11.5
nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung und später als am Folgetag der Aufnahme	7	0.5	3837	3.4	3235	3.2	602	4.7
fehlende Angabe	6	0.4	164	0.1	136	0.1	28	0.2

Hirngefäßdiagnostik (Doppler /Duplex)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	105	7.4	14969	13.1	11761	11.6	3208	24.8
vor Aufnahme	26	1.8	617	0.5	530	0.5	87	0.7
im eigenen Haus nach Aufnahme, spätestens am Folgetag	1256	88.5	79556	69.5	71861	70.8	7695	59.5
im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme	32	2.3	19217	16.8	17307	17.0	1910	14.8
fehlende Angabe	0	0.0	129	0.1	104	0.1	25	0.2

Gefäßverschluss*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1094	78.6	92986	83.2	81966	82.4	11020	88.9
Ja	298	21.4	18733	16.8	17384	17.5	1349	10.9
fehlende Angabe	0	0.0	93	0.1	72	0.1	21	0.2

*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	34	11.4	2644	14.1	2402	13.8	242	17.8
M1	92	30.9	6225	33.2	5839	33.6	386	28.5
M2	48	16.1	4282	22.8	4013	23.1	269	19.8
BA	12	4.0	714	3.8	664	3.8	50	3.7
Sonstige	133	44.6	7132	38.0	6571	37.8	561	41.4

*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	1401	98.7	111300	97.1	98903	97.3	12397	95.5
ja, mit späterer Rückübernahme	13	0.9	1131	1.0	1003	1.0	128	1.0
ja, ohne spätere Rückübernahme	5	0.4	2155	1.9	1704	1.7	451	3.5
fehlende Angabe	0	0.0	2	0.0	2	0.0	0	0.0

(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	73	5.2	9632	8.7	8431	8.5	1201	9.7
Ja	1328	94.8	101500	91.3	90378	91.4	11122	90.1
fehlende Angabe	0	0.0	71	0.1	45	0.0	26	0.2

Schlucktestung nach Protokoll	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	150	10.7	6625	6.0	5537	5.6	1088	8.8
Ja	1249	89.2	102704	92.4	91689	92.8	11015	89.2
nicht bestimmbar	2	0.1	1774	1.6	1574	1.6	200	1.6
fehlende Angabe	0	0.0	100	0.1	54	0.1	46	0.4

Ipsilaterale ACI-Stenose	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1248	89.1	96890	87.1	86100	87.1	10790	87.4
< 50%	13	0.9	4437	4.0	3984	4.0	453	3.7
50-< 70%	7	0.5	2056	1.8	1796	1.8	260	2.1
70-99%	59	4.2	3530	3.2	3186	3.2	344	2.8
100% (Verschluss)	61	4.4	2052	1.8	1858	1.9	194	1.6
nicht untersucht	13	0.9	2118	1.9	1868	1.9	250	2.0
fehlende Angabe	0	0.0	120	0.1	62	0.1	58	0.5

Operative Revaskularisation der ACI veranlaßt oder empfohlen*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	11	18.3	822	22.8	689	21.2	133	37.9
ja	49	81.7	2768	76.9	2550	78.5	218	62.1
fehlende Angabe	0	0.0	8	0.2	8	0.2	0	0.0

*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	993	75.6	75382	71.9	67282	72.1	8100	70.1
Vit.K-Antagonisten einschl. Heparin	31	2.4	2189	2.1	1905	2.0	284	2.5
neue orale Antikoag.	289	22.0	27138	25.9	24019	25.7	3119	27.0
fehlende Angabe	0	0.0	122	0.1	72	0.1	50	0.4

(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	1363	97.3	105600	95.0	93569	94.7	12031	97.4
Ja	38	2.7	5523	5.0	5237	5.3	286	2.3
fehlende Angabe	0	0.0	80	0.1	48	0.0	32	0.3

(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	84	6.7	6380	6.1	5674	6.1	706	6.0
Ja	1176	93.3	98130	93.8	87138	93.8	10992	93.7
fehlende Angabe	0	0.0	79	0.1	46	0.0	33	0.3

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	301	21.5	7307	6.6	6714	6.8	593	4.8
≤ Tag 2 nach Aufnahme	1065	76.0	102633	92.3	91057	92.1	11576	93.7
> Tag 2 nach Aufnahme	35	2.5	1199	1.1	1053	1.1	146	1.2
fehlende Angabe	0	0.0	64	0.1	30	0.0	34	0.3

Logopädie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	408	29.1	14059	12.6	12668	12.8	1391	11.3
≤ Tag 2 nach Aufnahme	975	69.6	95615	86.0	84872	85.9	10743	87.0
> Tag 2 nach Aufnahme	18	1.3	1416	1.3	1247	1.3	169	1.4
fehlende Angabe	0	0.0	113	0.1	67	0.1	46	0.4

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	7	0.0	7	0.0	0	0.0
Patienten mit Komplikation(en)	272	19.4	15186	13.7	13916	14.1	1270	10.3
Patienten ohne Komplikation(en)	1129	80.6	96010	86.3	84931	85.9	11079	89.7

Art der Komplikation(en)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pneumonie	88	6.2	5177	4.5	4790	4.7	387	3.0
erhöhter Hirndruck	41	2.9	1435	1.3	1280	1.3	155	1.2
sympt. Intrazerebrale Blutung	28	2.0	1347	1.2	1224	1.2	123	1.0
Andere Komplikationen	200	14.1	10263	9.0	9414	9.3	849	6.6

*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	958	67.5	77076	67.3	68296	67.2	8780	67.9
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	13	0.9	1952	1.7	1754	1.7	198	1.5
Beh. aus sonst. Gründen beendet	2	0.1	196	0.2	169	0.2	27	0.2
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	12	0.8	2227	1.9	1948	1.9	279	2.2
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	11	0.0	11	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	47	3.3	10325	9.0	9311	9.2	1014	7.8
Tod	141	9.9	6708	5.9	6080	6.0	628	4.9
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0.0	567	0.5	451	0.4	116	0.9
Entlassung in Rehaeinrichtung	164	11.6	8711	7.6	7895	7.8	816	6.3
Entlassung in Pflegeeinrichtung	76	5.4	5369	4.7	4500	4.4	869	6.7
Entlassung in Hospiz	0	0.0	116	0.1	102	0.1	14	0.1
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	74	0.1	68	0.1	6	0.0
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	3	0.2	56	0.0	50	0.0	6	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	3	0.2	808	0.7	679	0.7	129	1.0
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	31	0.0	30	0.0	1	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	3	0.0	1	0.0	2	0.0
Beh. regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0.0	146	0.1	144	0.1	2	0.0
nicht spezifizierter Entl.grund	0	0.0	11	0.0	11	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	92	0.1	55	0.1	37	0.3

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	656	63.4	48295	62.6	43241	62.6	5054	62.2
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	8	0.8	1184	1.5	1071	1.6	113	1.4
Beh. aus sonst. Gründen beendet	1	0.1	103	0.1	90	0.1	13	0.2
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	7	0.7	1202	1.6	1063	1.5	139	1.7
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	10	0.0	10	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	42	4.1	8285	10.7	7512	10.9	773	9.5
Tod	111	10.7	5085	6.6	4631	6.7	454	5.6
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0.0	451	0.6	353	0.5	98	1.2
Entlassung in Rehaeinrichtung	151	14.6	7516	9.7	6811	9.9	705	8.7
Entlassung in Pflegeeinrichtung	52	5.0	4000	5.2	3356	4.9	644	7.9
Entlassung in Hospiz	0	0.0	97	0.1	85	0.1	12	0.1
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	46	0.1	42	0.1	4	0.0
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	5	0.0	4	0.0	1	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	3	0.3	34	0.0	32	0.0	2	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	3	0.3	641	0.8	550	0.8	91	1.1
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	28	0.0	28	0.0	0	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	2	0.0	1	0.0	1	0.0
Beh. regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0.0	122	0.2	120	0.2	2	0.0
nicht spezifizierter Entl.grund	0	0.0	11	0.0	11	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	67	0.1	46	0.1	21	0.3

9.3 Ende der Akutbehandlung für Patienten mit Intrazerebraler 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	34	38.2	2166	32.8	1972	33.2	194	29.2
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	2	2.2	48	0.7	41	0.7	7	1.1
Beh. aus sonst. Gründen beendet	0	0.0	7	0.1	7	0.1	0	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	1	1.1	61	0.9	55	0.9	6	0.9
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	4	4.5	1342	20.3	1173	19.8	169	25.5
Tod	29	32.6	1531	23.2	1376	23.2	155	23.3
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0.0	75	1.1	67	1.1	8	1.2
Entlassung in Rehaeinrichtung	11	12.4	939	14.2	866	14.6	73	11.0
Entlassung in Pflegeeinrichtung	8	9.0	343	5.2	298	5.0	45	6.8
Entlassung in Hospiz	0	0.0	14	0.2	14	0.2	0	0.0
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	4	0.1	4	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	1	0.0	1	0.0	0	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	0	0.0	55	0.8	48	0.8	7	1.1
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
Beh. regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0.0	8	0.1	8	0.1	0	0.0
nicht spezifizierter Entl.grund	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	2	0.0	2	0.0	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	771	61.2	60616	58.0	53578	57.7	7038	60.0
Ja	489	38.8	43905	42.0	39249	42.3	4656	39.7
fehlende Angabe	0	0.0	66	0.1	30	0.0	36	0.3

Geplante Rehabilitation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neurologische Rehabilitation Phase B	74	15.1	5499	12.5	5115	13.0	384	8.2
Neurologische Rehabilitation Phase C	112	22.9	8301	18.9	7427	18.9	874	18.8
Neurologische Rehabilitation Phase D - stationär	140	28.6	14243	32.4	12819	32.7	1424	30.6
Neurologische Rehabilitation Phase D - ambulant/teilstationär	30	6.1	5062	11.5	4609	11.7	453	9.7
Geriatrische Rehabilitation	65	13.3	7647	17.4	6648	16.9	999	21.5
Sonstige Rehabilitation	68	13.9	3043	6.9	2533	6.5	510	11.0
fehlende Angabe	0	0.0	110	0.3	98	0.2	12	0.3

*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	836	80.9	61643	79.9	54971	79.6	6672	82.1
vor Aufnahme	41	4.0	1951	2.5	1865	2.7	86	1.1
im eigenen Haus	157	15.2	13521	17.5	12174	17.6	1347	16.6
Verlegung zur Thrombolyse	0	0.0	37	0.0	29	0.0	8	0.1
fehlende Angabe	0	0.0	32	0.0	18	0.0	14	0.2

Intraartrielle Therapie (IAT)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	804	77.8	66873	86.6	59312	85.9	7561	93.0
vor Aufnahme	13	1.3	273	0.4	253	0.4	20	0.2
im eigenen Haus	217	21.0	8364	10.8	8121	11.8	243	3.0
Verlegung zur geplanten IAT	0	0.0	1566	2.0	1304	1.9	262	3.2
fehlende Angabe	0	0.0	108	0.1	67	0.1	41	0.5

Art der Intraartriellen Therapie (IAT)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thrombektomie	215	99.1	8115	97.0	7884	97.1	231	95.1
i.a. Thrombolyse	0	0.0	53	0.6	51	0.6	2	0.8
beides	2	0.9	178	2.1	171	2.1	7	2.9
fehlende Angabe	0	0.0	18	0.2	15	0.2	3	1.2

*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	1.4	21	1.6	1	0.4
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	332	21.2	303	23.2	29	11.1
> 1-2 Stunden	0	0.0	685	43.7	579	44.4	106	40.5
> 2-3 Stunden	0	0.0	269	17.2	209	16.0	60	22.9
> 3-4 Stunden	0	0.0	79	5.0	56	4.3	23	8.8
> 4-6 Stunden	0	0.0	49	3.1	36	2.8	13	5.0
> 6 Stunden	0	0.0	127	8.1	99	7.6	28	10.7
fehlende Angabe	0	0.0	3	0.2	1	0.1	2	0.8

Zeit Aufnahme - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	1178	873.0	2380
50% Perzentil: Median	94.0	90.0	113.5
5% Perzentil	41.0	41.0	46.5

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	111	7.1	102	7.8	9	3.4
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	517	33.0	448	34.4	69	26.3
> 1-2 Stunden	0	0.0	547	34.9	455	34.9	92	35.1
> 2-3 Stunden	0	0.0	166	10.6	122	9.4	44	16.8
> 3-4 Stunden	0	0.0	61	3.9	43	3.3	18	6.9
> 4-6 Stunden	0	0.0	28	1.8	23	1.8	5	1.9
> 6 Stunden	0	0.0	83	5.3	62	4.8	21	8.0
fehlende Angabe	0	0.0	53	3.4	49	3.8	4	1.5

Zeit Bildgebung - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	456	359	1536
50% Perzentil: Median	71.0	68.0	86.5
5% Perzentil	28.0	27.0	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	269	17.2	233	17.9	36	13.7
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	303	19.3	256	19.6	47	17.9
> 1-2 Stunden	0	0.0	200	12.8	160	12.3	40	15.3
> 2-3 Stunden	0	0.0	46	2.9	34	2.6	12	4.6
> 3-4 Stunden	0	0.0	15	1.0	13	1.0	2	0.8
> 4-6 Stunden	0	0.0	4	0.3	3	0.2	1	0.4
> 6 Stunden	0	0.0	16	1.0	13	1.0	3	1.1
fehlende Angabe	0	0.0	713	45.5	592	45.4	121	46.2

*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	161	152	174
50% Perzentil: Median	45.0	43.0	54.0
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 Thrombolysie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	177	59.0	13149	54.6	11840	54.5	1309	55.7
vor Aufnahme	12	4.0	576	2.4	540	2.5	36	1.5
im eigenen Haus	111	37.0	10314	42.9	9313	42.9	1001	42.6
Verlegung zur Thrombolysie	0	0.0	19	0.1	16	0.1	3	0.1
fehlende Angabe	0	0.0	3	0.0	3	0.0	0	0.0

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	190	70.4	16413	72.4	15094	73.9	1319	58.3
> 0.5-1 Stunde	58	21.5	3233	14.3	2783	13.6	450	19.9
> 1-3 Stunden	14	5.2	1958	8.6	1618	7.9	340	15.0
> 3-6 Stunden	1	0.4	349	1.5	306	1.5	43	1.9
> 6 Stunden	7	2.6	318	1.4	273	1.3	45	2.0
fehlende Angabe	0	0.0	409	1.8	342	1.7	67	3.0

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	26	16.6	4994	37.3	4714	39.1	280	21.1
> 0.5-1 Stunde	86	54.8	5953	44.5	5441	45.2	512	38.5
> 1-2 Stunden	38	24.2	1831	13.7	1429	11.9	402	30.2
> 2-3 Stunden	3	1.9	246	1.8	181	1.5	65	4.9
> 3-4 Stunden	1	0.6	67	0.5	50	0.4	17	1.3
> 4-6 Stunden	0	0.0	31	0.2	24	0.2	7	0.5

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
> 6 Stunden	3	1.9	141	1.1	116	1.0	25	1.9
fehlende Angabe	0	0.0	116	0.9	95	0.8	21	1.6

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	113	106	98.0	147
50% Perzentil: Median	45.0	36.0	35.0	53.0
5% Perzentil	20.0	17.0	17.0	16.0

11.8 Zeit 1. Bildgebung - Beginn Lyse

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt (ohne Inhouse-Strokes), 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	86	54.8	9884	73.9	9226	76.6	658	49.5
> 0.5-1 Stunde	46	29.3	2332	17.4	1939	16.1	393	29.6
> 1-2 Stunden	14	8.9	600	4.5	412	3.4	188	14.1
> 2-3 Stunden	2	1.3	91	0.7	71	0.6	20	1.5
> 3-4 Stunden	0	0.0	27	0.2	21	0.2	6	0.5
> 4-6 Stunden	0	0.0	25	0.2	22	0.2	3	0.2
> 6 Stunden	3	1.9	148	1.1	125	1.0	23	1.7
fehlende Angabe	6	3.8	272	2.0	234	1.9	38	2.9

Zeit 1. Bildgebung - Beginn Lyse in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	87.0	72.0	64.0	111
50% Perzentil: Median	29.0	18.0	17.0	30.0
5% Perzentil	10.0	4.0	4.0	5.0

11.9 Zeit Aufnahme - Leistenpunktion

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

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion mit eigener Bildg.	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	9	5.4	108	1.9	106	1.9	2	1.1
> 0.5-1 Stunde	31	18.7	1091	19.4	1055	19.3	36	20.1
> 1-2 Stunden	96	57.8	3380	60.0	3283	60.2	97	54.2
> 2-3 Stunden	7	4.2	524	9.3	500	9.2	24	13.4
> 3-4 Stunden	7	4.2	133	2.4	129	2.4	4	2.2
> 4-6 Stunden	3	1.8	111	2.0	105	1.9	6	3.4
> 6 Stunden	13	7.8	269	4.8	259	4.7	10	5.6
fehlende Angabe	0	0.0	21	0.4	21	0.4	0	0.0

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion in Minuten mit eigener Bildg.	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	1449	323.0	319.0	1095
50% Perzentil: Median	78.5	81.0	81.0	82.0
5% Perzentil	30.0	40.0	40.0	39.0

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt (ohne Inhouse-Strokes) und intraarterieller Therapie mit externer Bildgebung)

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion mit externer Bildg.	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	25	49.0	595	22.9	583	23.0	12	21.8
> 0.5-1 Stunde	13	25.5	1134	43.7	1114	43.9	20	36.4
> 1-2 Stunden	8	15.7	597	23.0	587	23.1	10	18.2
> 2-3 Stunden	2	3.9	108	4.2	102	4.0	6	10.9
> 3-4 Stunden	0	0.0	20	0.8	19	0.7	1	1.8
> 4-6 Stunden	1	2.0	19	0.7	18	0.7	1	1.8

Zeit Aufnahme - Leistenpunkt mit externer Bildg.	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
> 6 Stunden	2	3.9	109	4.2	106	4.2	3	5.5
fehlende Angabe	0	0.0	12	0.5	10	0.4	2	3.6

Zeit Aufnahme - Leistenpunkt in Minuten mit externer Bildg.	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
95% Perzentil	261.0		228.0		221.0		1020	
50% Perzentil: Median	31.0		47.0		47.0		50.0	
5% Perzentil	6.0		15.0		15.0		11.0	

11.10 Zeit 1. Bildgebung - Leistenpunkt

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

Zeit 1. Bildgebung - Leistenpunkt in Minuten	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
95% Perzentil	484.0		248.0		248.0		274.0	
50% Perzentil: Median	61.0		63.0		63.0		64.0	
5% Perzentil	16.0		25.0		25.0		25.0	

11.11 Zeit Lyse - Leistenpunkt

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

Zeit Lyse - Leistenpunkt	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	25	38.5	605	25.5	573	24.9	32	42.7
> 0.5-1 Stunde	29	44.6	1098	46.3	1079	47.0	19	25.3
> 1-2 Stunden	8	12.3	493	20.8	477	20.8	16	21.3
> 2-3 Stunden	1	1.5	74	3.1	69	3.0	5	6.7
> 3-4 Stunden	0	0.0	18	0.8	16	0.7	2	2.7
> 4-6 Stunden	0	0.0	16	0.7	15	0.7	1	1.3
> 6 Stunden	2	3.1	38	1.6	38	1.7	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	31	1.3	31	1.3	0	0.0

Zeit Lyse - Leistenpunkt in Minuten	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
95% Perzentil	114.0		132.0		131.0		159.0	
50% Perzentil: Median	40.0		45.0		45.0		36.0	
5% Perzentil	4.0		12.0		12.0		9.0	

11.12 Rekanalisation

erfolgreiche Rekanalisation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	21	9.7	1086	13.0	1046	12.9	40	16.5
Ja	196	90.3	7241	86.6	7040	86.7	201	82.7
fehlende Angabe	0	0.0	37	0.4	35	0.4	2	0.8

* bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten IAT

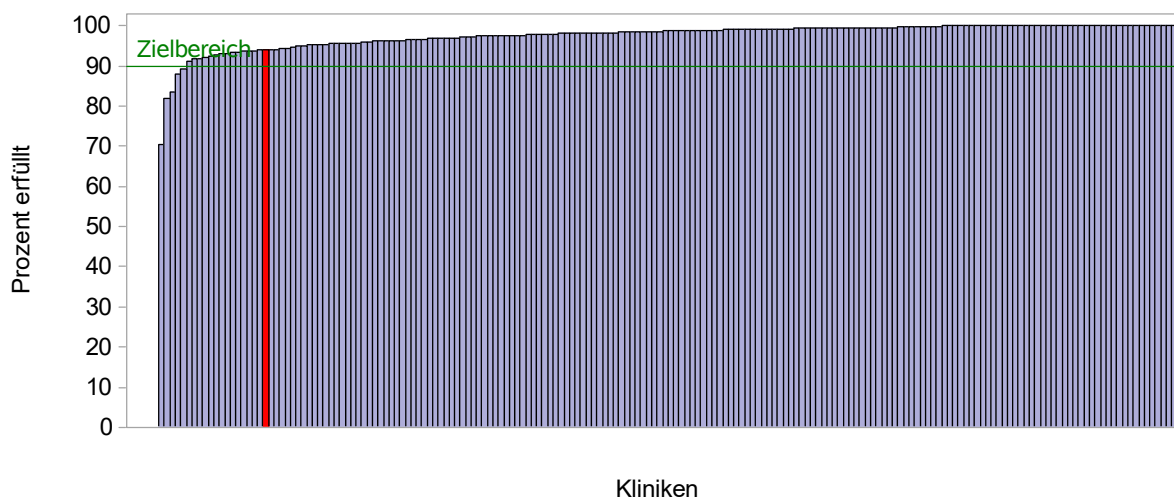
12. Qualitätsindikatoren (QI)

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:	$\geq 90\%$
Berechnung des Qualitätsindikators	
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 Primärdiagnosetik/-therapie innerhalb von 12 Stunden sowie Fälle mit palliativer Therapiezielsetzung am Tag der Aufnahme oder am Folgetag.
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	524	35008	31579	3429
Anzahl Nenner	557	35876	32365	3511
Qualitätsindikator erfüllt in %	94.1	97.6	97.6	97.7

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

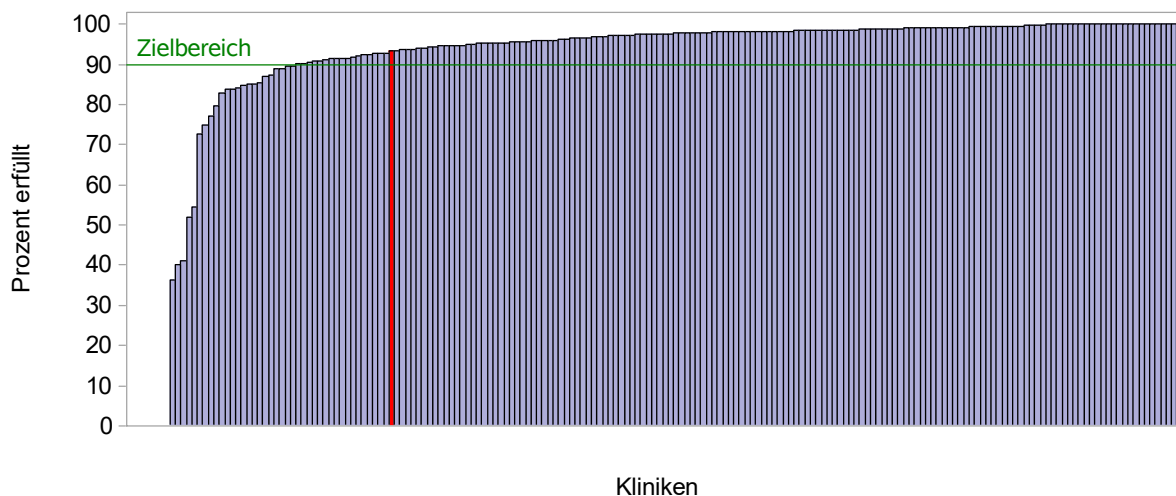


12.2 Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

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 sowie Fälle mit palliativer Therapiezielsetzung am Tag der Aufnahme oder am Folgetag.
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	542	38392	34635	3757
Anzahl Nenner	581	40096	36131	3965
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.3	95.8	95.9	94.8

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

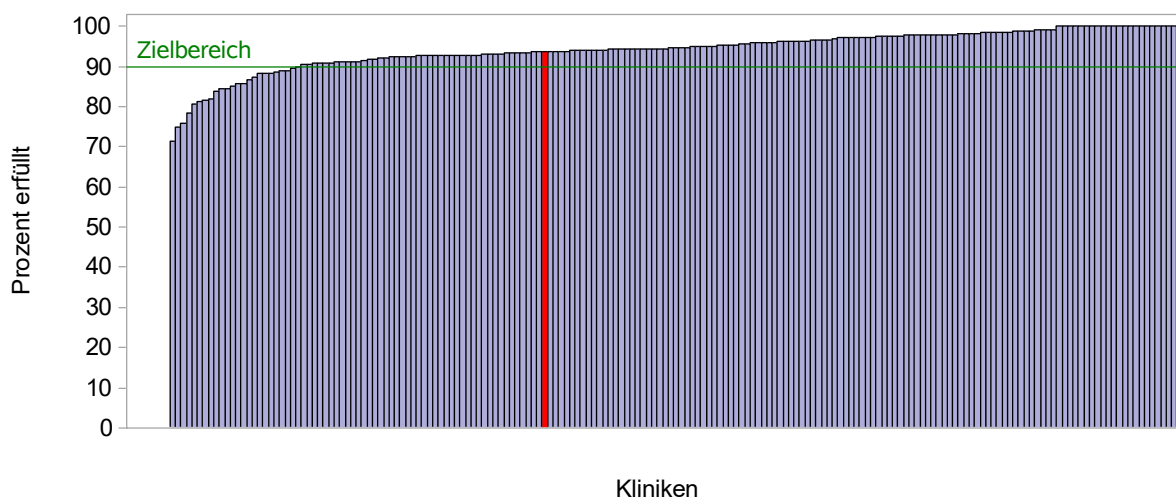


12.3 Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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 Therapiezielsetzung 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
Anzahl Zähler	134	14372	12770	1602
Anzahl Nenner	143	15204	13500	1704
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.7	94.5	94.6	94.0

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

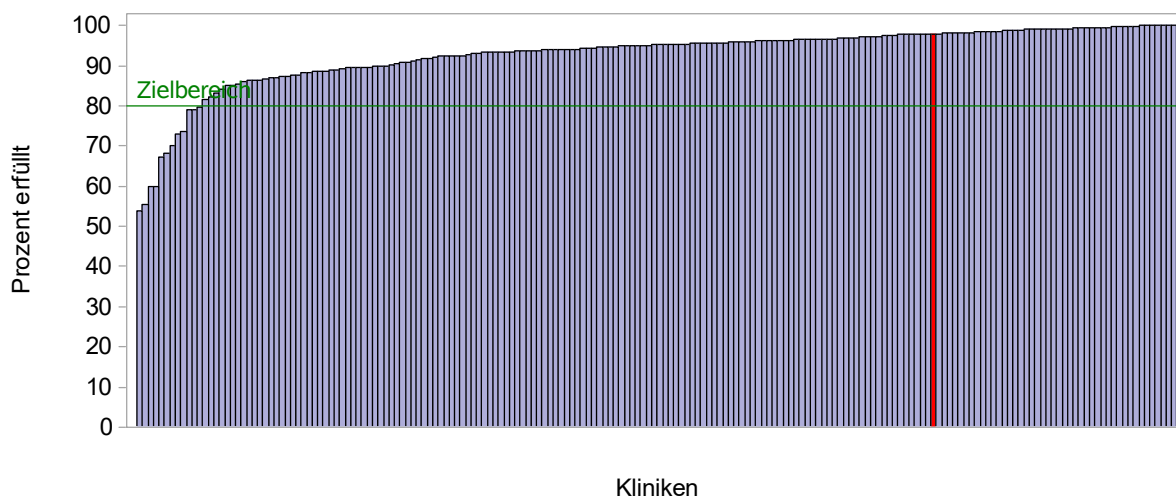


12.4 Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA

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 Magnetresonanztomographie 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 und Fälle mit palliativer Therapiezielsetzung am Tag der Aufnahme oder am Folgetag sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	1228	95931	85692	10239
Anzahl Nenner	1255	101922	90758	11164
Qualitätsindikator erfüllt in %	97.8	94.1	94.4	91.7

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
Anzahl Zähler	69	3114	2825	289
Anzahl Nenner	989	67954	61041	6913
EntlSt. "verstorben"	7.0	4.6	4.6	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:

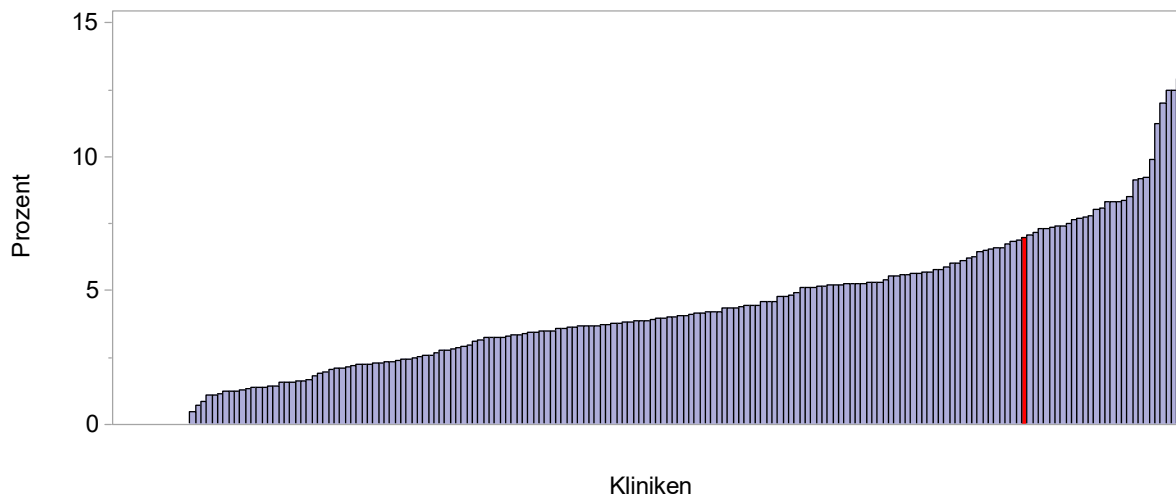
OddsRatio

1.22

95% Konfidenzintervall

0.91 bis 1.60

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 Therapiezielsetzung

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 Therapiezielsetzung. 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.

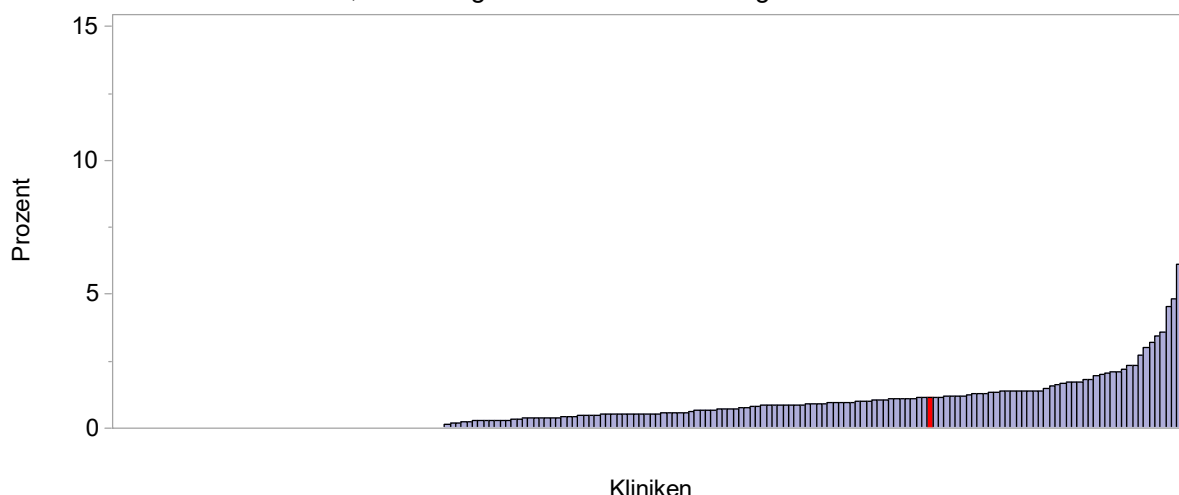
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	10	553	490	63
Anzahl Nenner	871	62883	56444	6439
EntlSt. "verstorben"	1.1	0.9	0.9	1.0

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 bis Tag 7" im Vergleich zu den Patienten anderer teilnehmender Kliniken:

OddsRatio	95% Konfidenzintervall
1.17	0.58 bis 2.11

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
Anzahl Zähler	74	4338	4019	319
Anzahl Nenner	1030	75665	67867	7798
Komplikation Pneumonie	7.2	5.7	5.9	4.1

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:

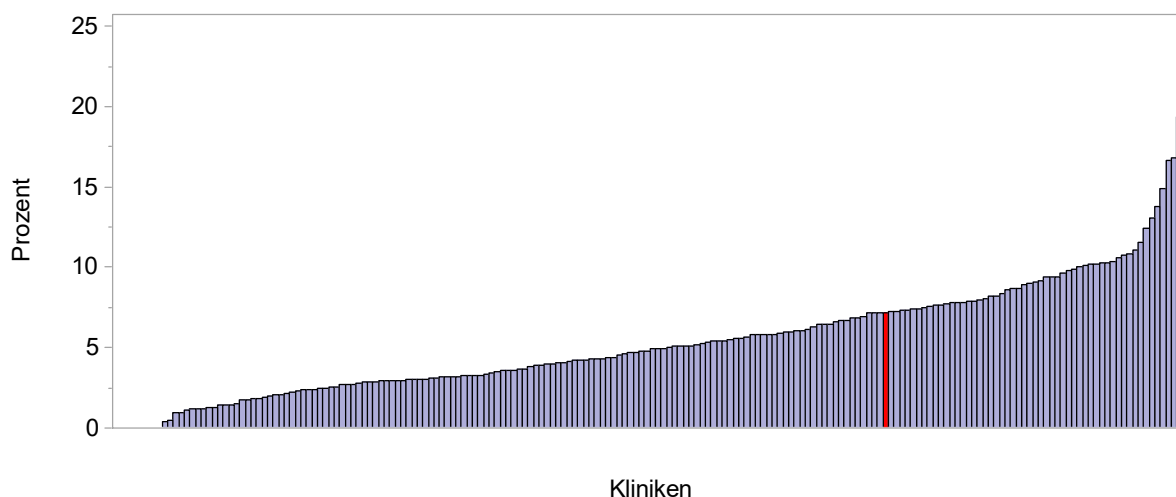
OddsRatio

1.18

95% Konfidenzintervall

0.91 bis 1.51

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.

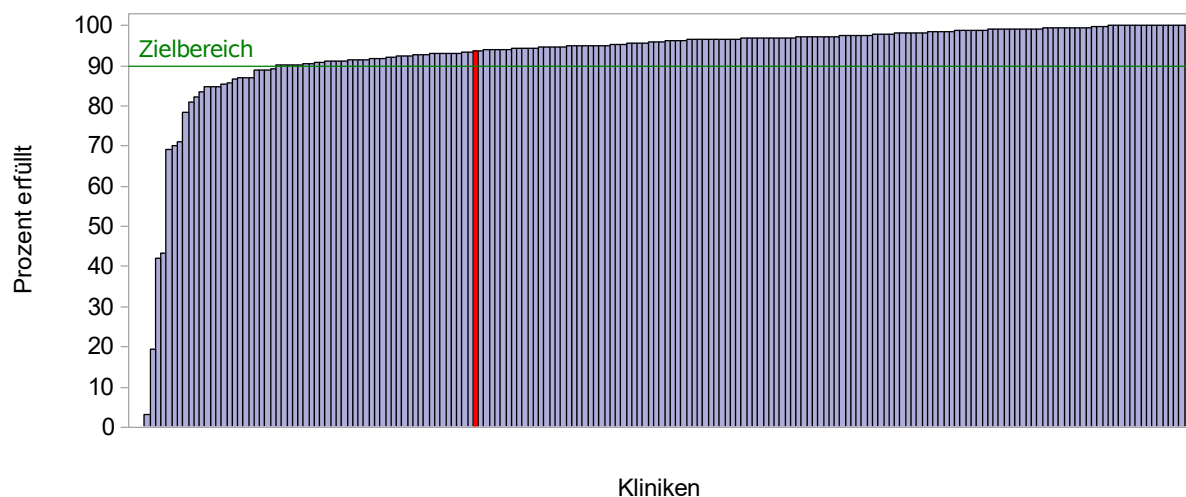


12.7 Screening für Schluckstörungen

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
Anzahl Zähler	918	69761	62678	7083
Anzahl Nenner	979	73380	65718	7662
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.8	95.1	95.4	92.4

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

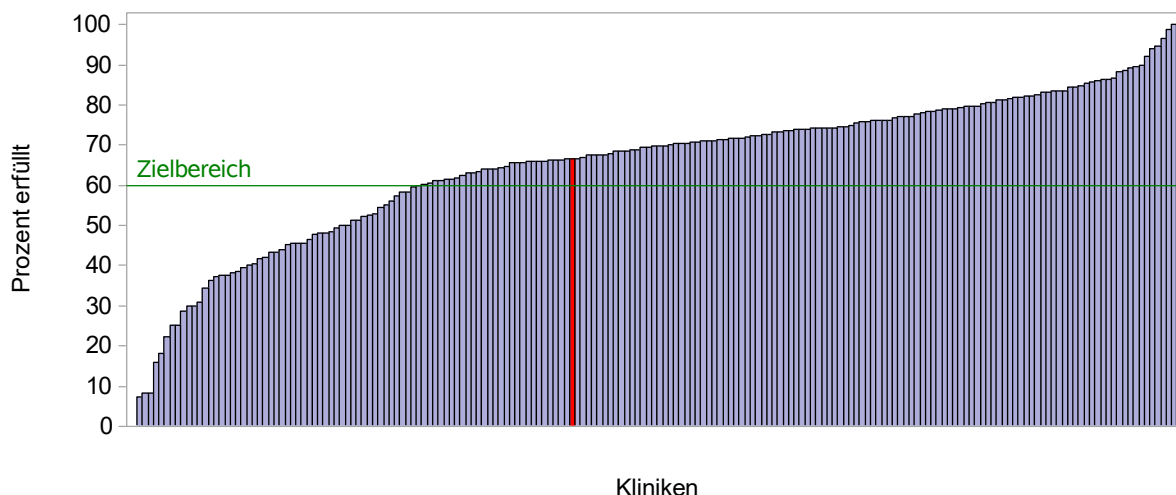


12.8 a) Anteil der Patienten mit Bildgebung innerhalb von 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden

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:	$\geq 60\%$
Berechnung des Qualitätsindikators	
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
Anzahl Zähler	258	23885	21850	2035
Anzahl Nenner	387	34247	30614	3633
Qualitätsindikator erfüllt in %	66.7	69.7	71.4	56.0

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

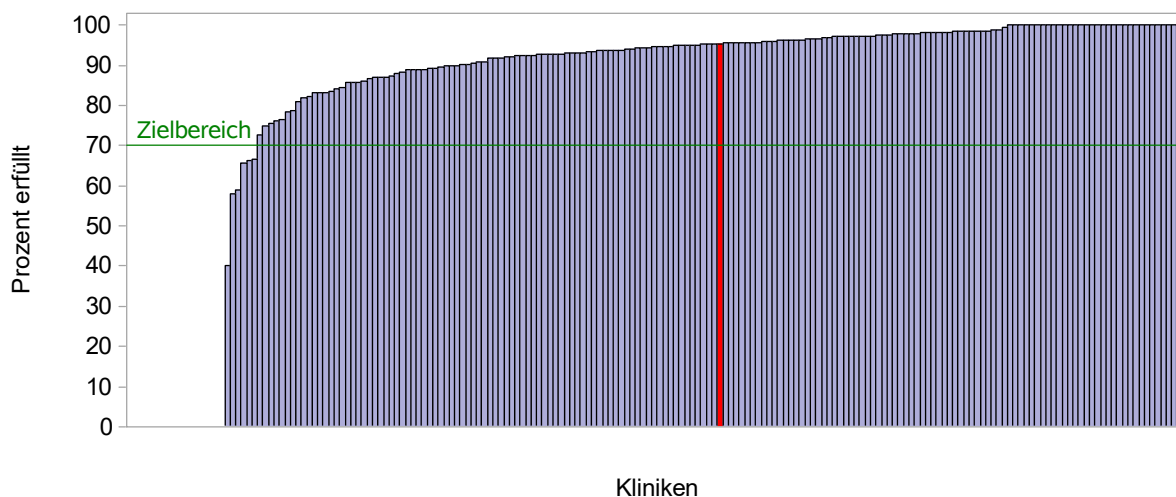


12.8 b) CT- / MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung

Qualitätsziel:	Möglichst häufig Durchführung einer CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an native Bildgebung bei Patienten mit Hirnfarkt.
Zielbereich:	≥ 70%
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 Hirninfarkt und Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden (inklusive Inhouse-Stroke) und einem NIHSS ≥ 6. Fälle mit Bildgebung 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
Anzahl Zähler	143	11641	10585	1056
Anzahl Nenner	150	12353	11174	1179
Qualitätsindikator erfüllt in %	95.3	94.2	94.7	89.6

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

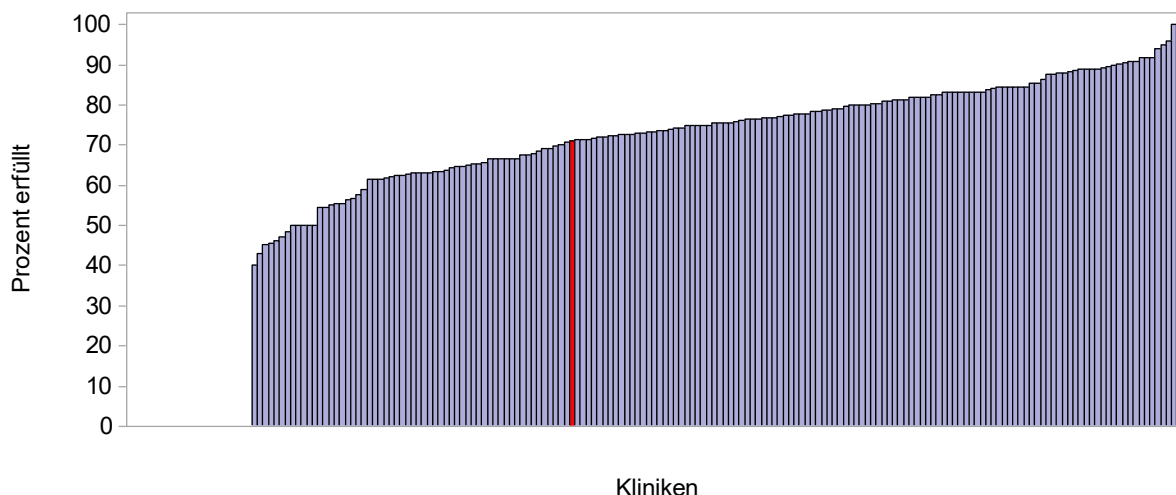


12.9 a) Frühe systemische Thrombolyse (innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme, Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)

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. Fälle mit Verlegung zur Thrombolyse bzw. mit durchgeführter Thrombolyse in vorbehandelnder Einrichtung sowie Fälle ohne Thrombolyse mit IAT sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	52	4559	4120	439
Anzahl Nenner	73	6108	5512	596
Qualitätsindikator erfüllt in %	71.2	74.6	74.7	73.7

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

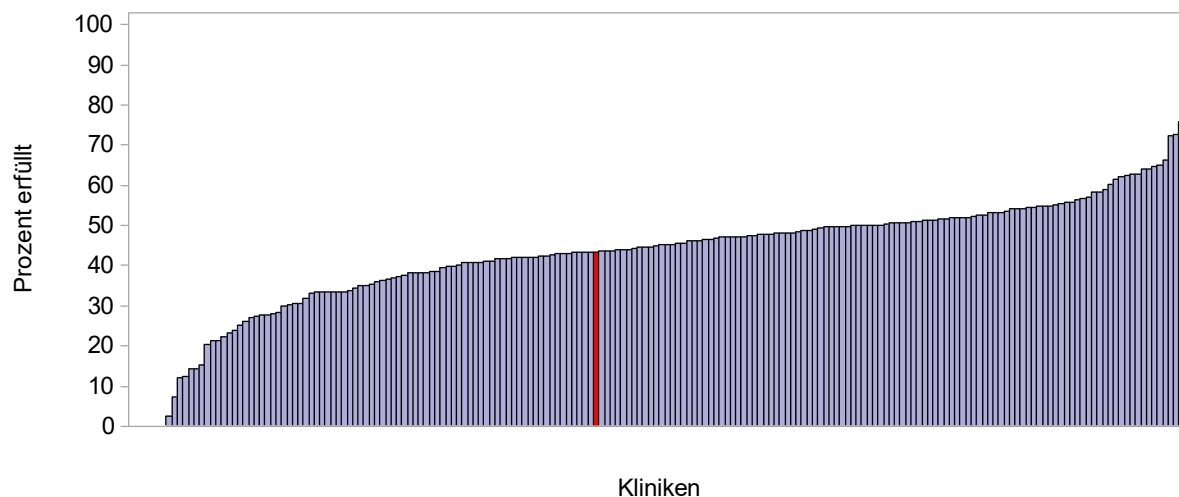


12.9 b) Frühe systemische Thrombolyse innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme

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 Thrombolyse mit IAT sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	119	11520	10372	1148
Anzahl Nenner	274	25435	22727	2708
Qualitätsindikator erfüllt in %	43.4	45.3	45.6	42.4

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

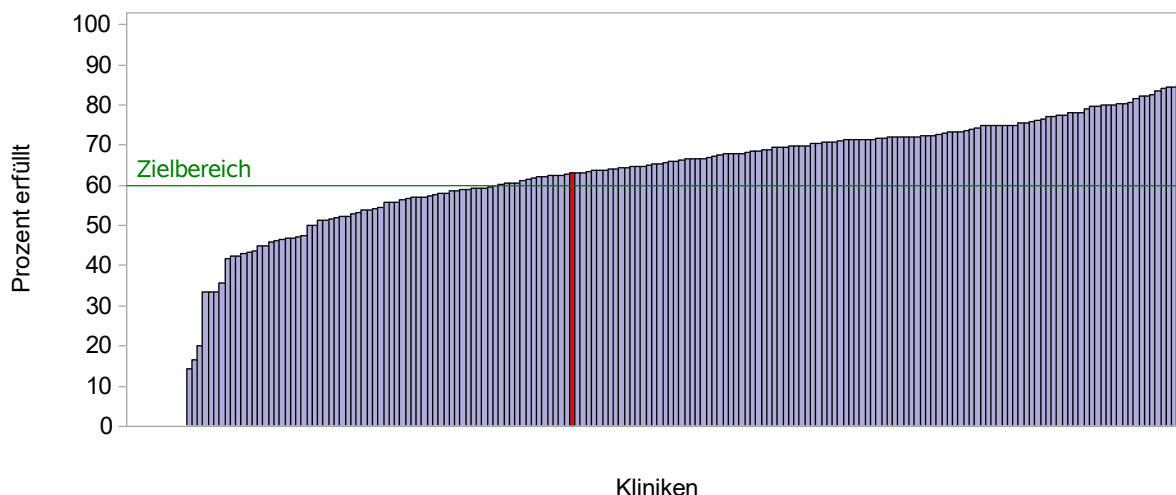


12.9 c) Frühe systemische Thrombolyse (innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme, ohne Altersbeschränkung, NIHSS 4-25)

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. Fälle mit Verlegung zur Thrombolyse bzw. mit durchgeführter Thrombolyse in vorbehandelnder Einrichtung sowie Fälle ohne Thrombolyse mit IAT sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	97	8660	7782	878
Anzahl Nenner	154	13164	11799	1365
Qualitätsindikator erfüllt in %	63.0	65.8	66.0	64.3

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

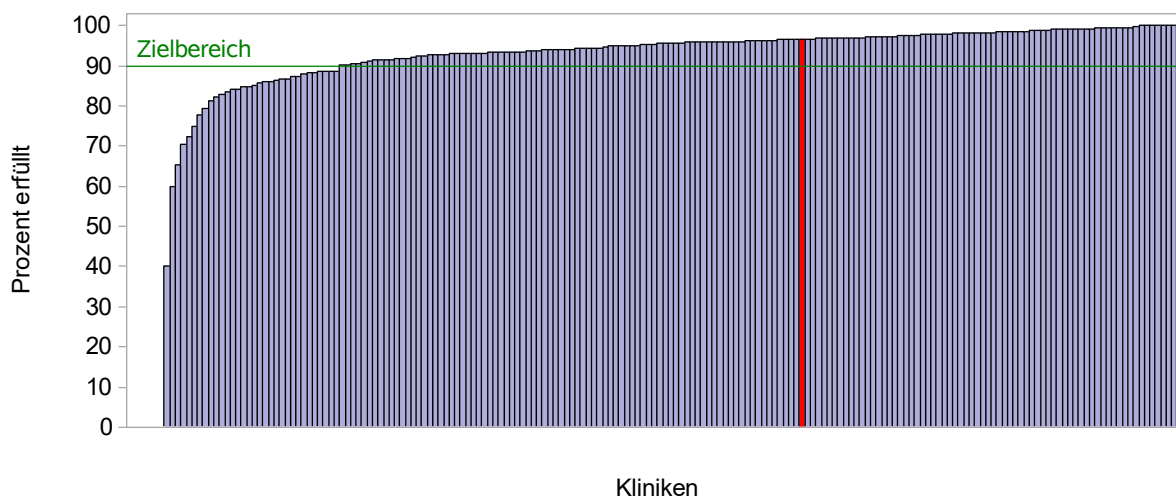


12.10 Behandlung auf einer Stroke Unit

Qualitätsziel:	Aufnahme möglichst vieler Patienten mit Hirninfarkt oder TIA auf einer Stroke Unit, wenn das Ereignis innerhalb von 24 Stunden vor Aufnahme eintrat.
Zielbereich:	$\geq 90\%$
Berechnung des Qualitätsindikators	
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
Anzahl Zähler	734	69290	61482	7808
Anzahl Nenner	759	73708	65295	8413
Qualitätsindikator erfüllt in %	96.7	94.0	94.2	92.8

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

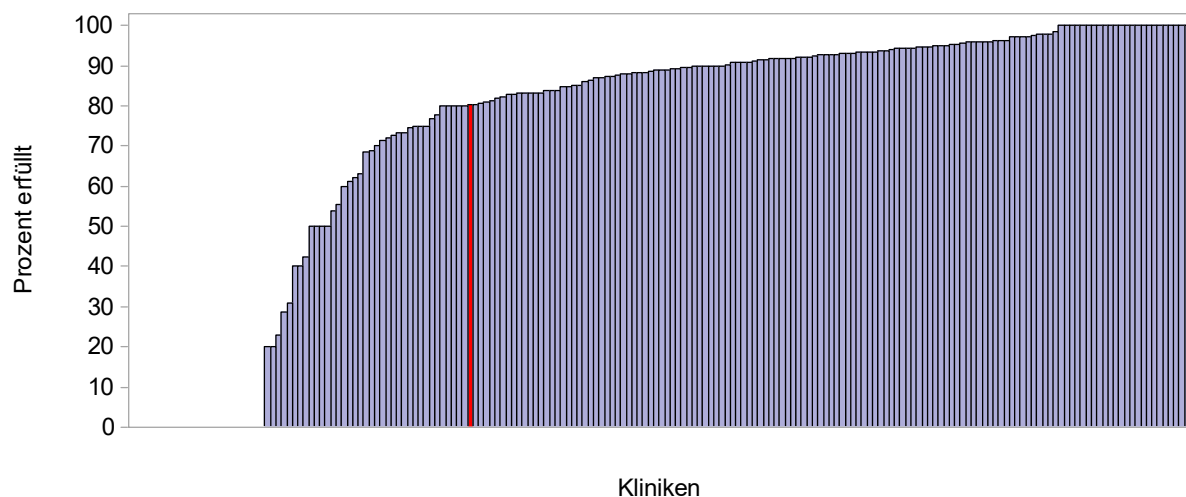


12.11 a) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)

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
Anzahl Zähler	49	4687	4340	347
Anzahl Nenner	61	5381	4853	528
Qualitätsindikator erfüllt in %	80.3	87.1	89.4	65.7

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

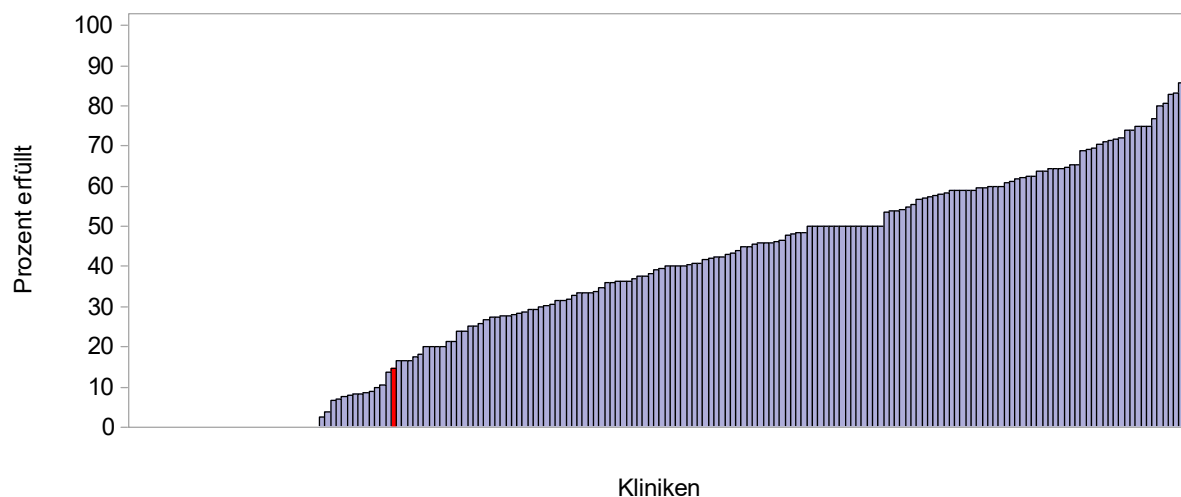


12.11 b) Door-to-needle time $\leq$ 30 Minuten (Alter $\leq$ 80 Jahre, NIHSS 4-25)

Qualitätsziel:	Hoher Anteil von Patienten mit "door-to-needle time" $\leq$ 30 Minuten bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit "door-to-needle time" $\leq$ 30 Minuten.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und intravenöser Lyse im eigenen Haus mit Intervall "Ereignis - Aufnahme" $\leq$ 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
Anzahl Zähler	9	2420	2290	130
Anzahl Nenner	61	5381	4853	528
Qualitätsindikator erfüllt in %	14.8	45.0	47.2	24.6

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

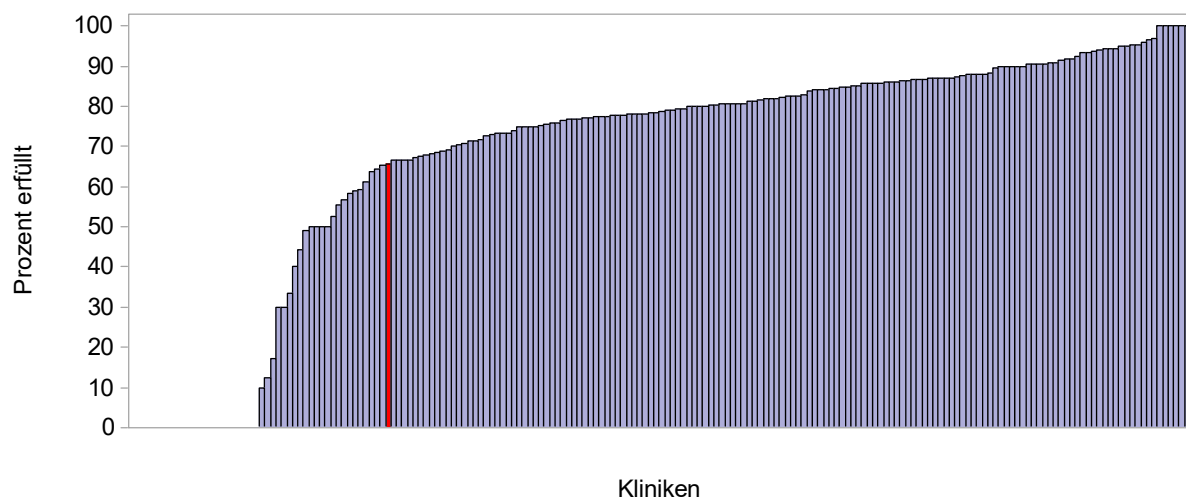


12.11 c) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten Off-Label Use

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
Anzahl Zähler	63	6383	5953	430
Anzahl Nenner	96	8023	7281	742
Qualitätsindikator erfüllt in %	65.6	79.6	81.8	58.0

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

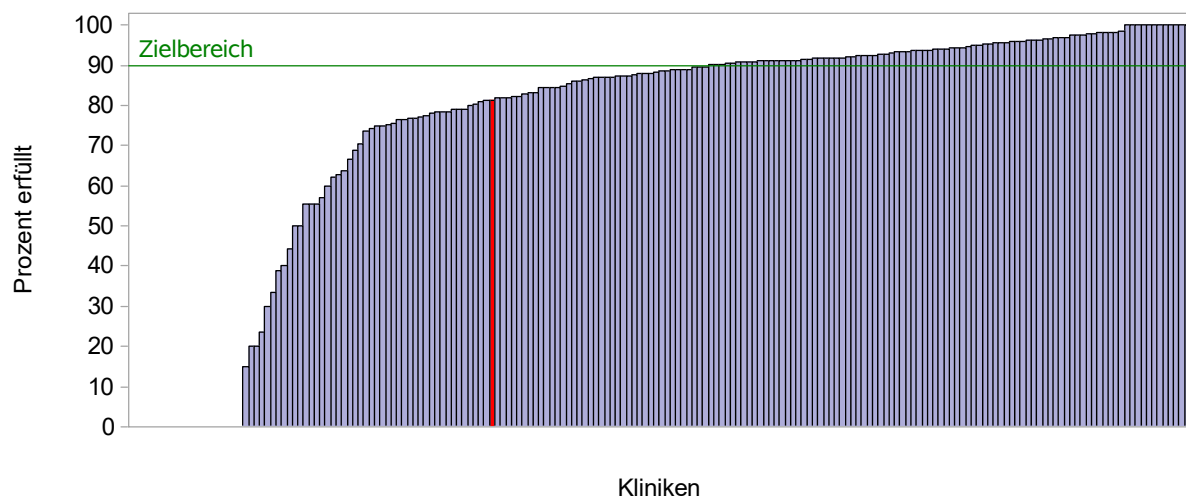


12.11 d) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten ohne Altersbeschränkung

Qualitätsziel:	Hoher Anteil von Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 60 Minuten bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse ohne Altersbeschränkung.
Zielbereich:	≥ 90%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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
Anzahl Zähler	79	7439	6888	551
Anzahl Nenner	97	8571	7729	842
Qualitätsindikator erfüllt in %	81.4	86.8	89.1	65.4

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

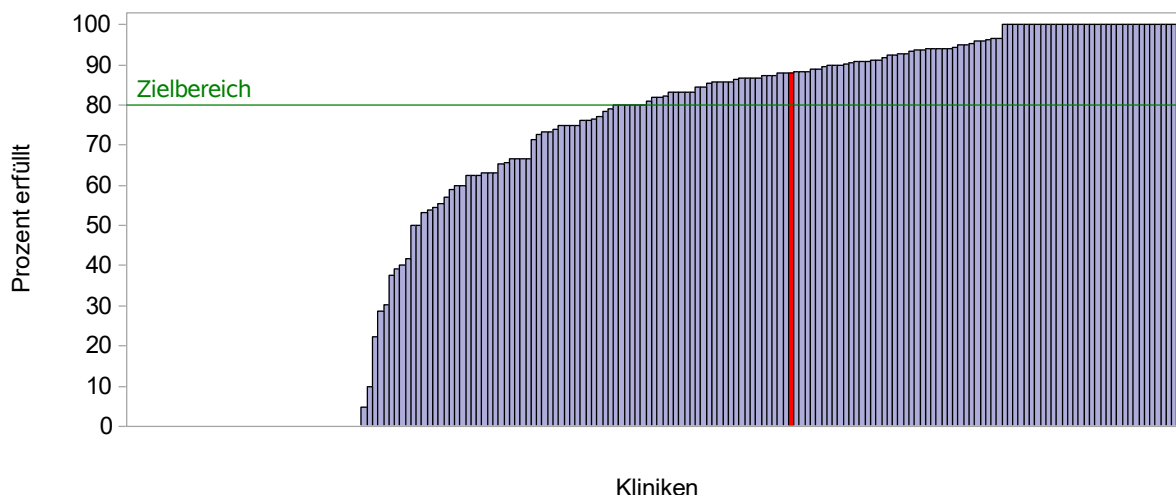


12.12 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose

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 Therapiezielsetzung 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
Anzahl Zähler	37	2003	1867	136
Anzahl Nenner	42	2450	2244	206
Qualitätsindikator erfüllt in %	88.1	81.8	83.2	66.0

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
Anzahl Zähler	66	2353	2231	122
Anzahl Nenner	327	19611	18202	1409
EntlSt. "verstorben"	20.2	12.0	12.3	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:

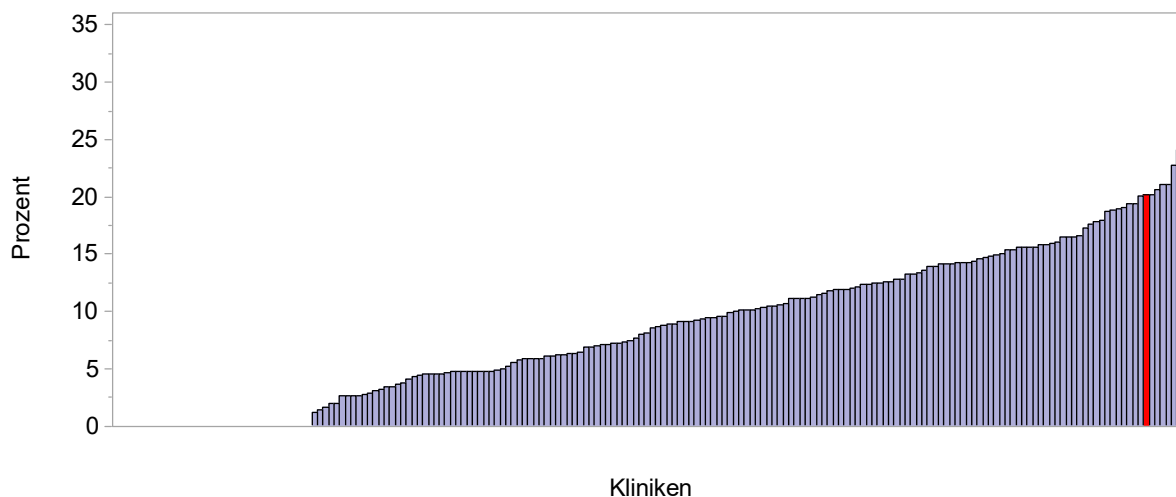
OddsRatio

1.57

95% Konfidenzintervall

1.13 bis 2.14

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
Anzahl Zähler	30	1202	1109	93
Anzahl Nenner	198	14723	13457	1266
EntlSt. "verstorben"	15.2	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:

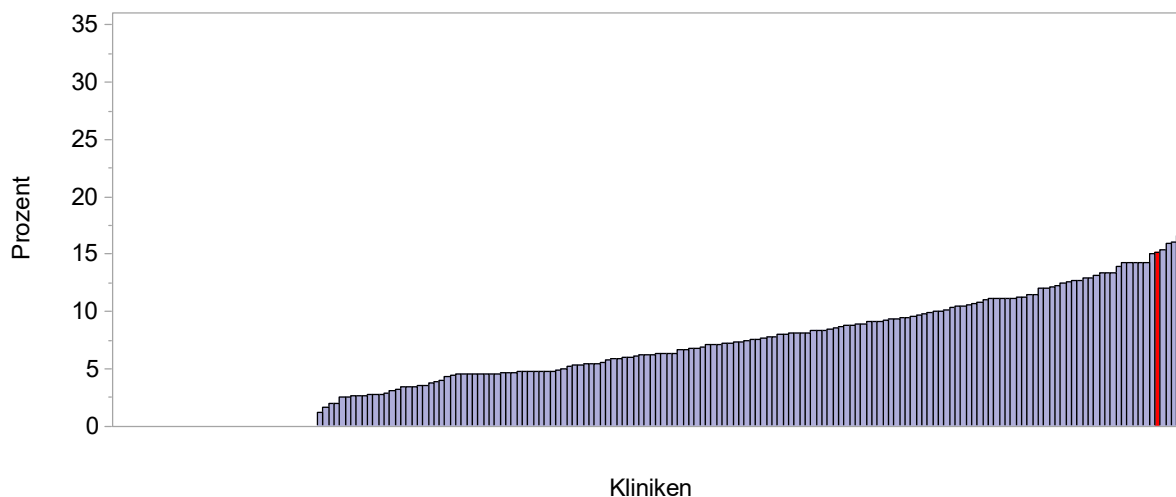
OddsRatio

1.54

95% Konfidenzintervall

0.95 bis 2.41

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.

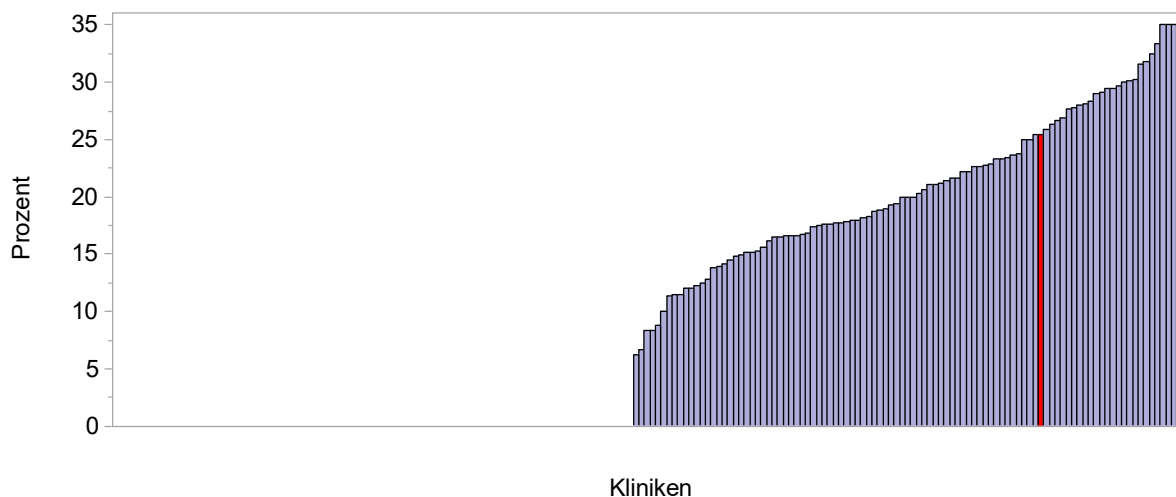
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	58	1749	1704	45
Anzahl Nenner	228	8534	8292	242
EntlSt. "verstorben"	25.4	20.5	20.5	0.0

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		
1.33	0.94	bis	1.85

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.

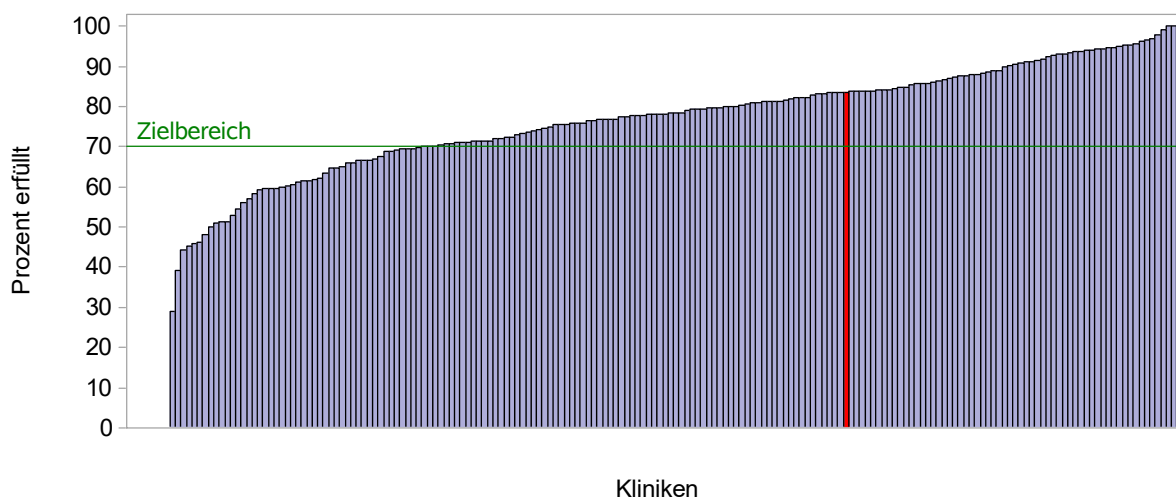


12.14 Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen

Qualitätsziel:	Hoher Anteil der Patienten, die nach Entlassung eine medizinische Rehabilitation nach Schlaganfall erhalten.
Zielbereich:	$\geq 70\%$
Berechnung des Qualitätsindikators	
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, die vor dem Akutereignis unabhängig zuhause lebten, 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 Therapiezielsetzung festgelegt wurde.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	250	20857	18789	2068
Anzahl Nenner	299	27322	24400	2922
Qualitätsindikator erfüllt in %	83.6	76.3	77.0	70.8

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

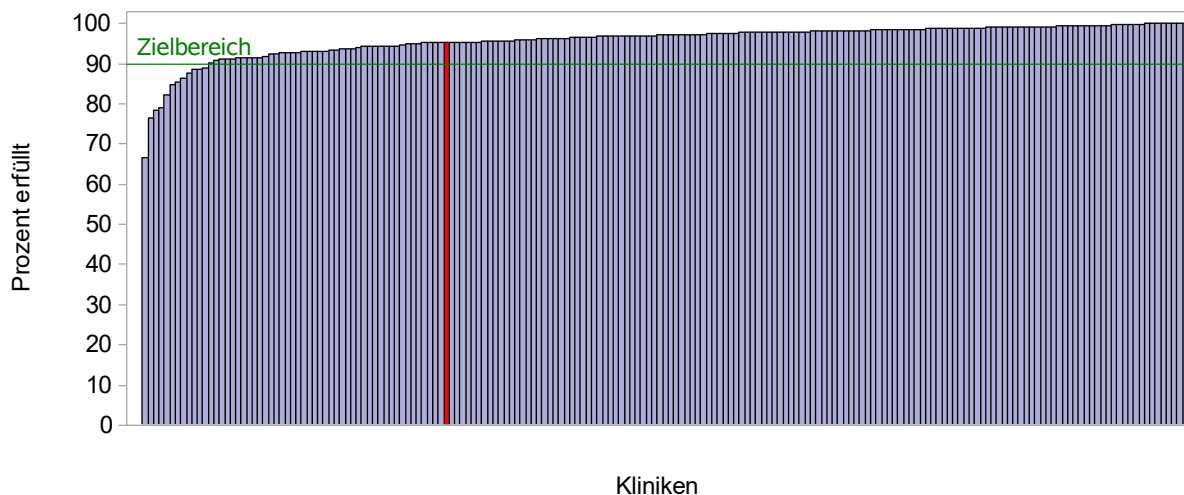


12.15 Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung

Qualitätsziel:	Gabe von Statinen bei Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA.
Zielbereich:	$\geq 90\%$
<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 Therapiezielsetzung 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
Anzahl Zähler	1130	95346	84828	10518
Anzahl Nenner	1186	99320	88333	10987
Qualitätsindikator erfüllt in %	95.3	96.0	96.0	95.7

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

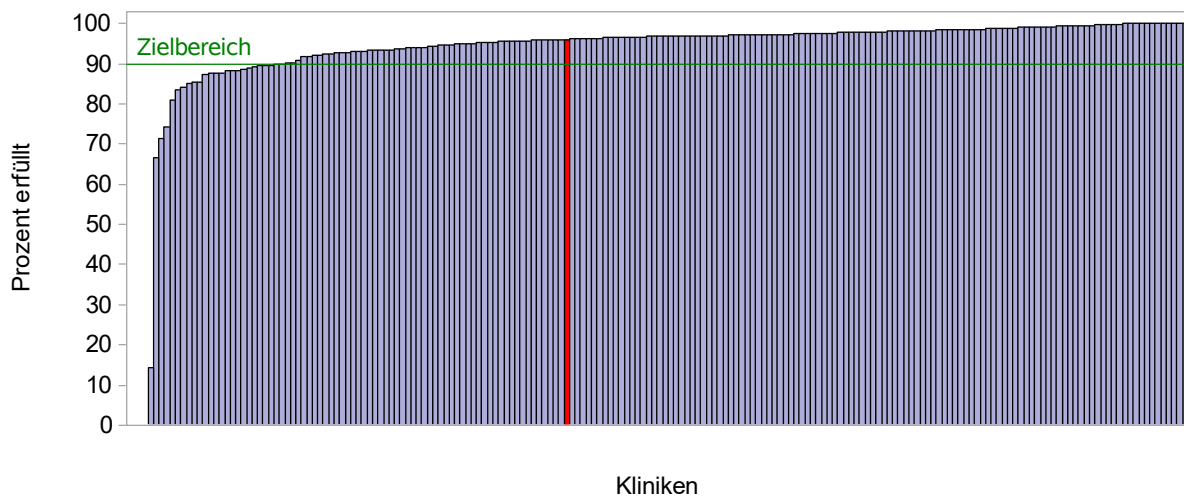


12.16 Vorhofflimmern-Diagnostik

Qualitätsziel:	Vorhofflimmern-Diagnostik bei Patienten mit Hirnfarkt oder TIA.
Zielbereich:	$\geq 90\%$
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit während des stationären Aufenthaltes durchgeführter Rythmusdiagnostik.
Nenner:	Patienten ohne vorbekanntes Vorhofflimmern mit Hirninfarkt oder TIA mit einer Mindestverweildauer von 2 Tagen. Patienten, bei denen eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	940	74371	66102	8269
Anzahl Nenner	978	78457	69810	8647
Qualitätsindikator erfüllt in %	96.1	94.8	94.7	95.6

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

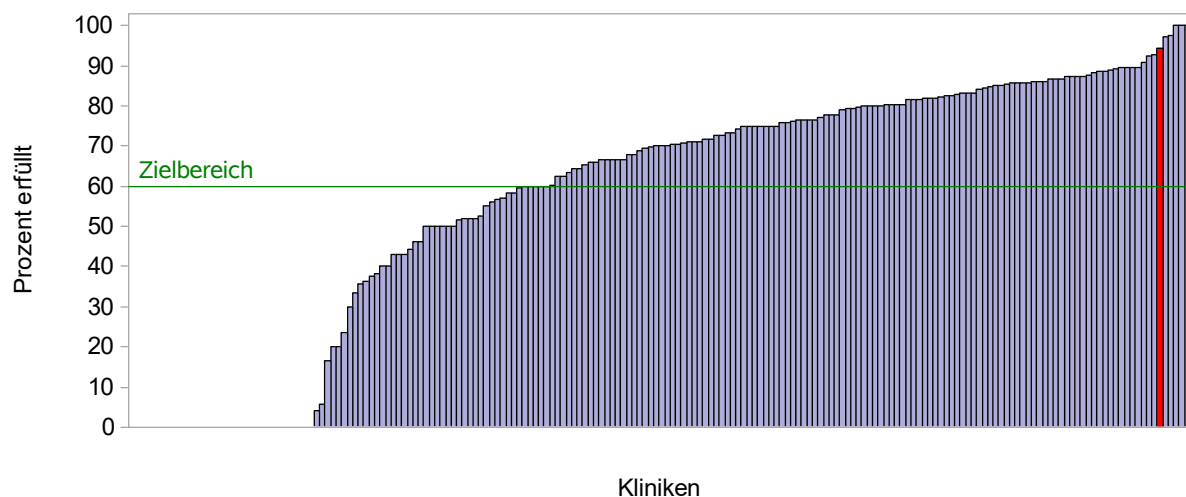


12.17 a) Intraarterielle Therapie innerhalb von 6 Stunden nach Aufnahme

Qualitätsziel:	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt innerhalb von 6 Stunden nach Aufnahme.
Zielbereich:	$\geq 60\%$
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit Durchführung bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie
Nenner:	Alle Patienten mit Gefäßverschluss (Carotis-T, M1, M2 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
Anzahl Zähler	83	5629	5367	262
Anzahl Nenner	88	7435	7038	397
Qualitätsindikator erfüllt in %	94.3	75.7	76.3	66.0

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

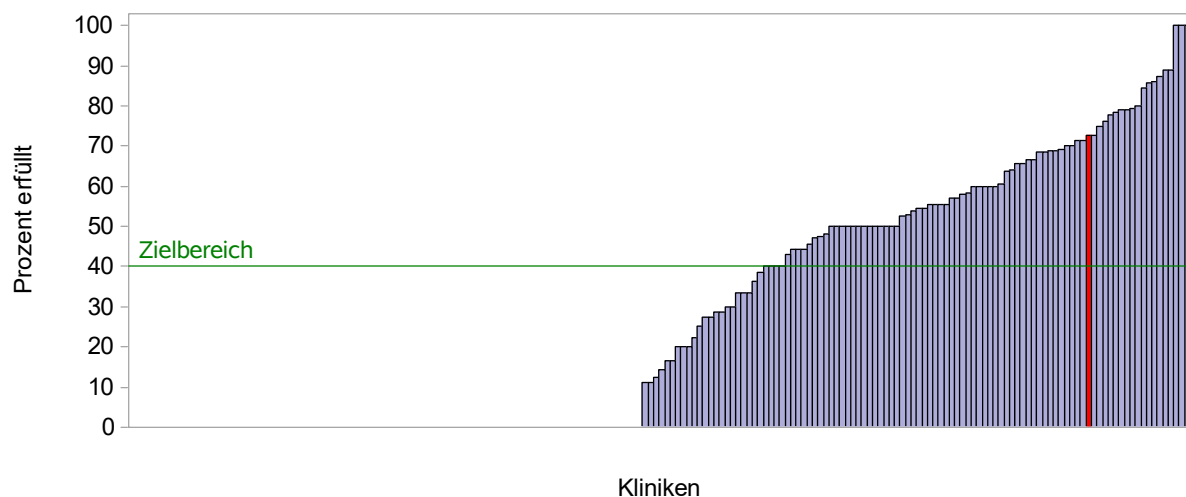


12.17 b) Intraarterielle Therapie innerhalb von 7 bis 24 Stunden nach Aufnahme

Qualitätsziel:	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt Zeitfenster > 6-24 Stunden nach Aufnahme.
Zielbereich:	≥ 40%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit Durchführung bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie
Nenner:	Alle Patienten mit Gefäßverschluss (Carotis-T, M1, M2 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
Anzahl Zähler	8	841	812	29
Anzahl Nenner	11	1498	1432	66
Qualitätsindikator erfüllt in %	72.7	56.1	56.7	0.0

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

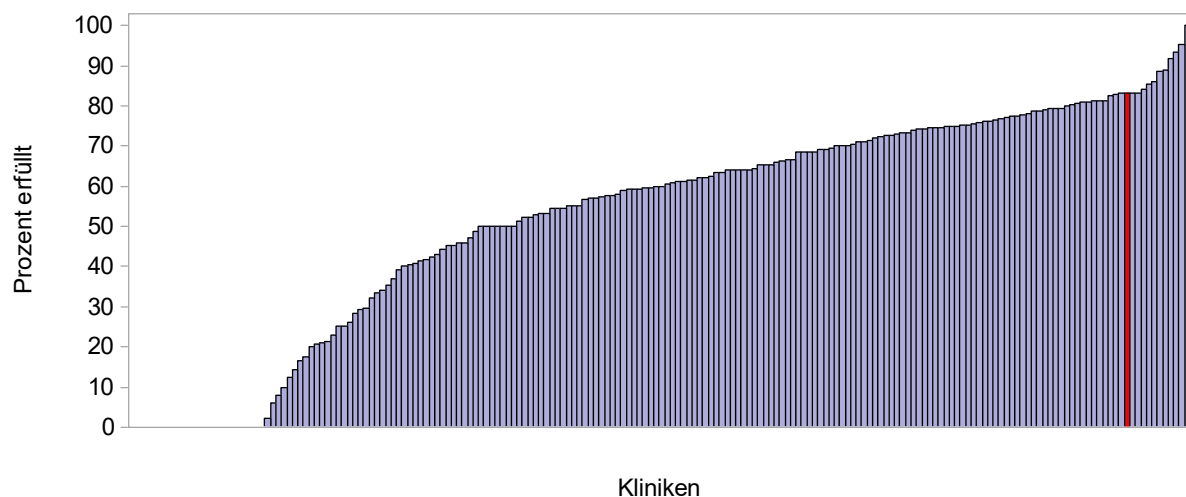


12.17 c) Intraarterielle Therapie

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 M2 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
Anzahl Zähler	138	8321	7912	409
Anzahl Nenner	166	12318	11555	763
Qualitätsindikator erfüllt in %	83.1	67.6	68.5	53.6

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

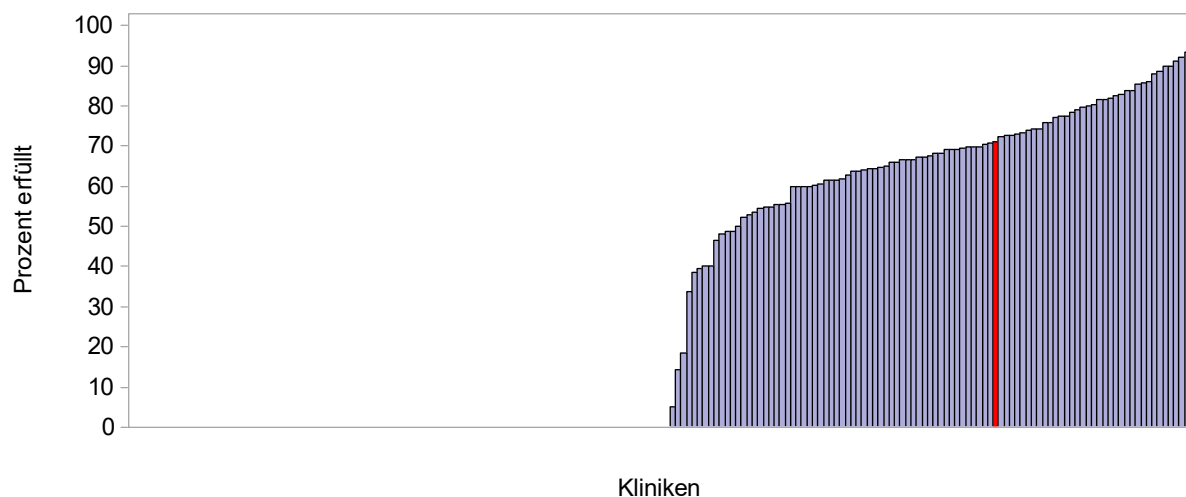


12.18 a) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
Zielbereich:	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 (inklusive Inhouse-Strokes)
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	154	5724	5576	148
Anzahl Nenner	217	8325	8085	240
Qualitätsindikator erfüllt in %	71.0	68.8	69.0	61.7

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

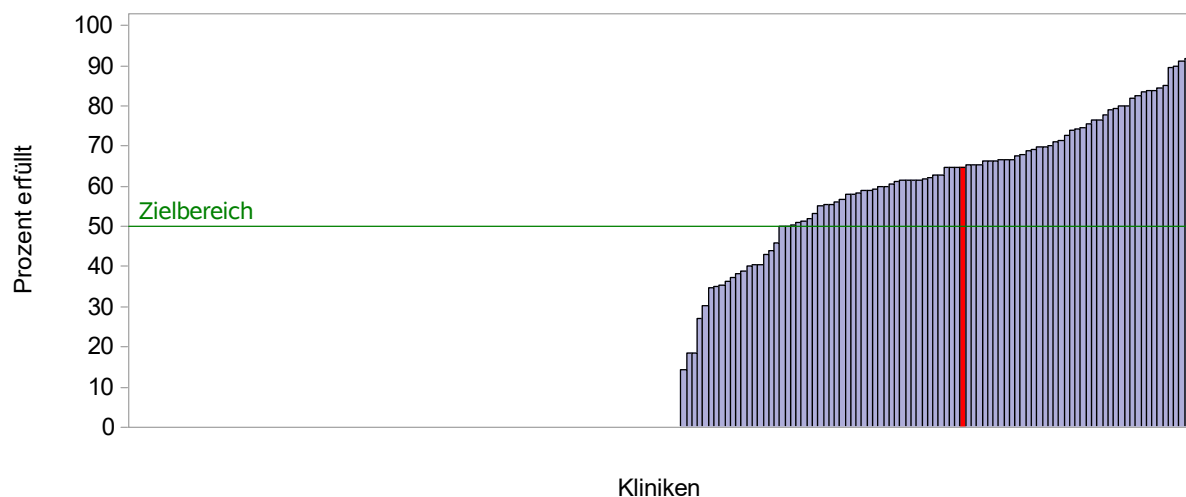


12.18 b) Door-to-Puncture-Time $\leq$ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse noch NICHT vor Aufnahme durchgeführt(Direct to Center))

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
Zielbereich:	$\geq 50\%$
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Zeit zwischen Aufnahme und Punktion (Door-to-Puncture-Time) $\leq$ 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
Anzahl Zähler	105	3462	3352	110
Anzahl Nenner	162	5644	5460	184
Qualitätsindikator erfüllt in %	64.8	61.3	61.4	59.8

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

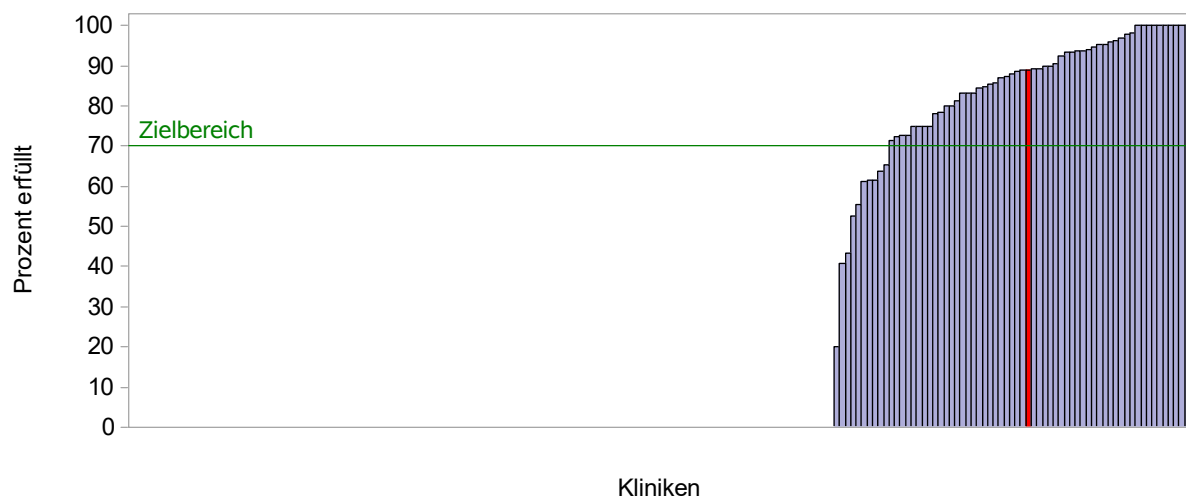


12.18 c) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse bereits vor Aufnahme durchgeführt (Drip and Ship))

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
Zielbereich:	≥ 70%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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
Anzahl Zähler	49	2230	2194	36
Anzahl Nenner	55	2632	2579	53
Qualitätsindikator erfüllt in %	89.1	84.7	85.1	67.9

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

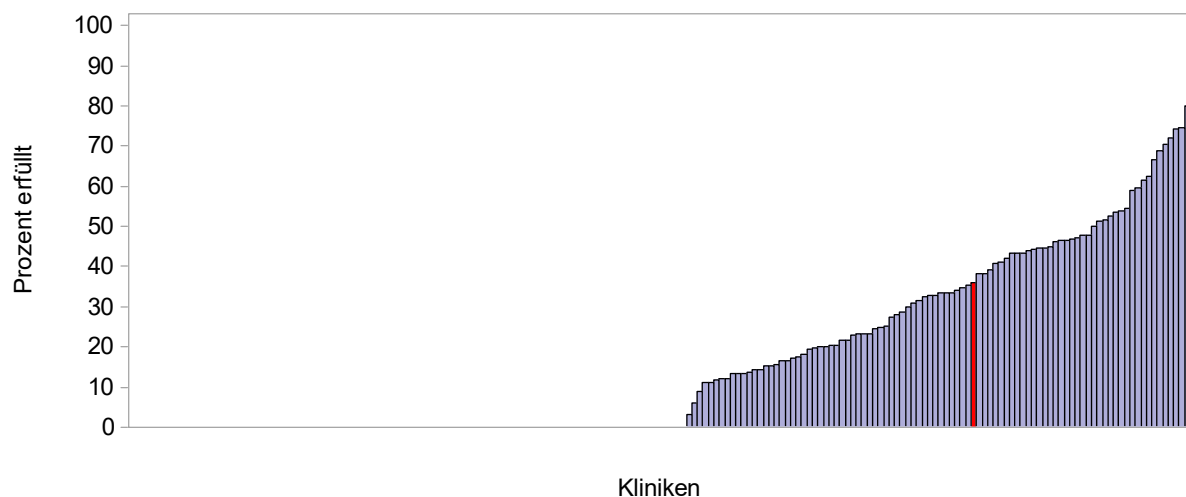


12.18 d) Door-to-Puncture-Time ≤ 60 Minuten

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 (inklusive Inhouse-Strokes)
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	78	2954	2884	70
Anzahl Nenner	217	8325	8085	240
Qualitätsindikator erfüllt in %	35.9	35.5	35.7	29.2

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

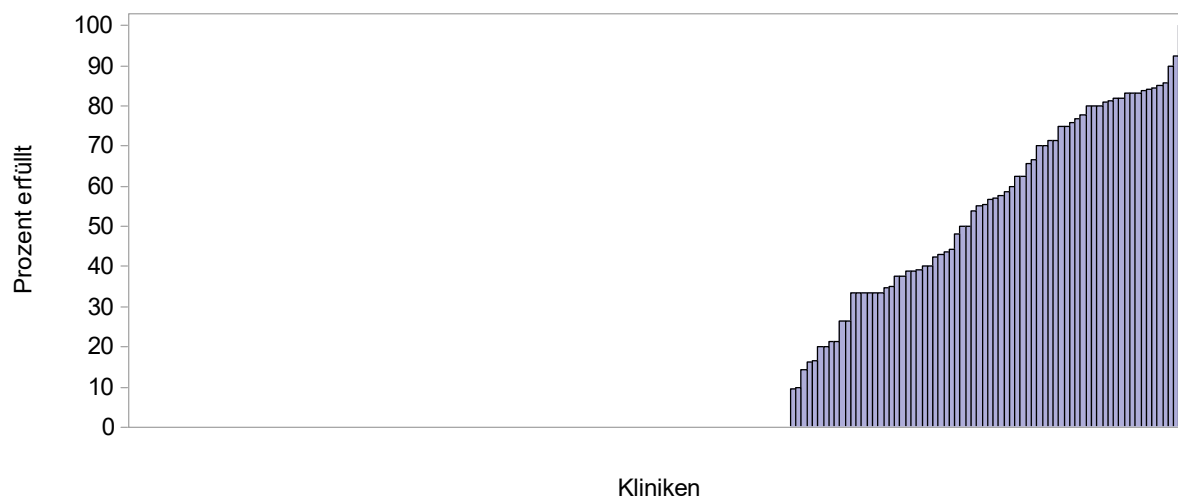


12.19 Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie innerhalb von 75 Minuten

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Bildgebung und Verlegung zur intraarteriellen Therapie
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung ≤ 75 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
Anzahl Zähler	.	759	660	99
Anzahl Nenner	.	1364	1147	217
Qualitätsindikator erfüllt in %	.	55.6	57.5	45.6

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:	$\geq 80\%$
<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
Anzahl Zähler	196	7236	7035	201
Anzahl Nenner	217	8359	8116	243
Qualitätsindikator erfüllt in %	90.3	86.6	86.7	82.7

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

