Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universität Münster

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

Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Jahresauswertung 2025

Zentrum 48

Kreisklinikum Siegen

Siegen

Leseanleitung

1. Allgemeine Hinweise

Dieser Bericht schließt alle Patienten ein, die stationär aufgenommen und zwischen dem 01.01.2025 und dem 31.12.2025 entlassen wurden.

Die Ergebnisdarstellung ist strikt gegliedert, eine Inhaltsübersicht finden Sie auf Seite 3.

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

2. Qualitätsindikatoren (QI)

Die Qualitätsindikatoren wurden im Rahmen eines knapp zweijährigen Prozesses durch einen multidisziplinär besetzen 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 2025. 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 2026

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 Intraartrielle Therapie 20
11.1 Lyse/Intraartrielle 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 (NHISSA 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 Intraartrieller Therapie 45
12.14 Entlassungziel 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	**96.9**	**97.5**	≥ **90**	24
2	3	Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie	**94.6**	**95.7**	≥ **90**	25
3	6	Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	**93.9**	**94.6**	≥ **90**	26
4	9	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	**94.7**	**94.3**	≥ **80**	27
5a	10a	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	**4.5**	**4.5**	**nicht def.**	28
5b	10b	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung	**0.9**	**0.8**	**nicht def.**	29
6	11	Pneumonierate nach Schlaganfall	**6.5**	**5.8**	**nicht def.**	30
7	12	Screening für Schluckstörungen	**93.0**	**95.0**	≥ **90**	31
8a	13a	Anteil der Patienten mit Bildgebung ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden	**61.8**	**70.8**	≥ **60**	32
8b	13b	Frühzeitige CT- / MR bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung	**87.4**	**94.6**	≥ **80**	33
9a	14a	Frühe systemische Thrombolyse (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	**73.2**	**73.2**	**nicht def.**	34
9b	14b	Frühe systemische Thrombolyse	**44.3**	**44.6**	**nicht def.**	35
9c	14c	Frühe systemische Thrombolyse (NIHSS 4-25)	**65.6**	**64.8**	≥ **60**	36
10	15	Behandlung auf einer Stroke Unit	**97.0**	**94.8**	≥ **90**	37
11a	16a	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)	**84.3**	**87.4**	**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)	**40.2**	**47.4**	**nicht def.**	39
11c	16c	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (erweiterte Indikation)	**65.6**	**80.3**	**nicht def.**	40
11d	16d	Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (NIHSS 4-25)	**81.1**	**87.3**	**≥ 90**	41
12	17	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose	**72.3**	**81.2**	**≥ 80**	42
13a	18a	Sterblichkeit nach Rekanalisation	**13.8**	**12.1**	**nicht def.**	43
13b	18b	Sterblichkeit nach Thrombolyse	**8.6**	**8.1**	**nicht def.**	44
13c	18c	Sterblichkeit nach Intraartrieller Therapie	**17.7**	**21.0**	**nicht def.**	45
14	19	Entlassungziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	**75.0**	**80.4**	**≥ 70**	46
15	21	Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung	**93.4**	**96.1**	**≥ 90**	47
16	22	Vorhofflimmern-Diagnostik	**94.0**	**95.6**	**≥ 90**	48
17a	23a	Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster ≤ 6 Stunden)	**79.6**	**76.1**	**≥ 70**	49
17b	23b	Intraarterielle Therapie (IAT) (Zeitfenster > 6-24 Stunden)	**38.1**	**58.2**	**≥ 40**	50
17c	23c	Intraarterielle Therapie (IAT)	**70.3**	**68.7**	**nicht def.**	51
18a	25a	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten	**66.3**	**69.4**	**nicht def.**	52
18b	25b	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse im eigenen Haus durchgeführt (Direct to Center))	**59.6**	**62.0**	**≥ 50**	53
18c	25c	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse bereits vor Aufnahme durchgeführt (Drip and Ship))	**87.2**	**85.6**	**≥ 70**	54
18d	25d	Door-to-Puncture-Time ≤ 60 Minuten	**28.5**	**34.8**	**nicht def.**	55
19	26	Frühzeitige Verlegung zur IAT	**.**	**57.4**	**nicht def.**	56
20	27	Erreichen des Rekanalisationsziels	**91.2**	**87.6**	**≥ 80**	57

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

1. Übersichtsstatistik

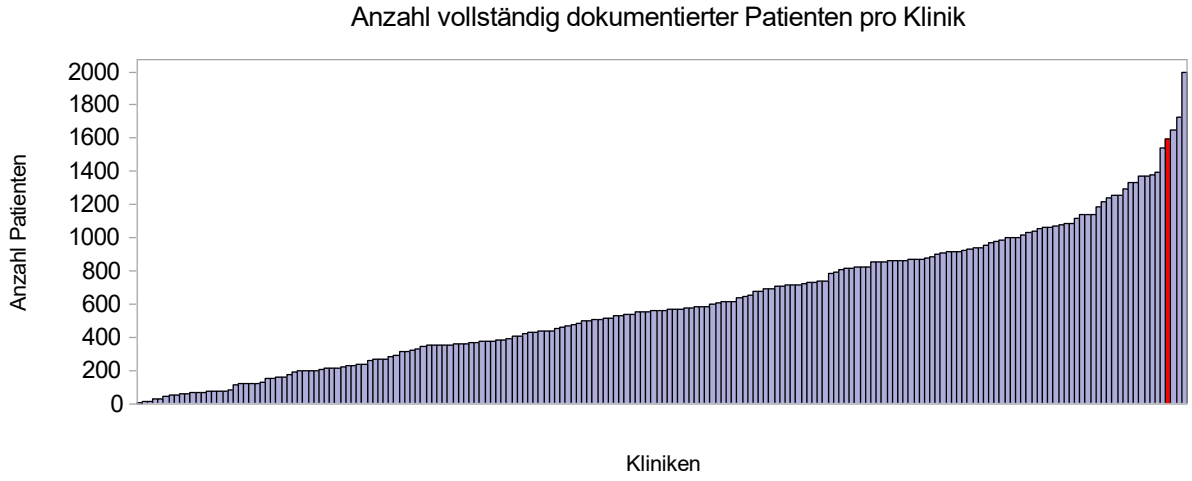
1.1 Teilnehmende Kliniken

Anzahl teilnehmender Kliniken:	196	mit Fachabteilung Neurologie:	155
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	138
in NRW:	45		
in Niedersachsen:	36	mit Fachabteilung Innere Medizin:	38
in Bremen:	4	davon mit zertifizierter Stroke Unit:	10
in Schleswig Holstein:	1		
in Mecklenburg Vorpommern:	12	mit Fachabteilung Geriatrie:	1
in Sachsen:	23		
in Sachsen Anhalt:	15		
in Thüringen:	26	mit Fachabteilung Kardiologie:	1
in Brandenburg:	21		
im Saarland:	10		
in Luxemburg:	3	mit Fachabteilung Neurochirurgie:	1
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	1

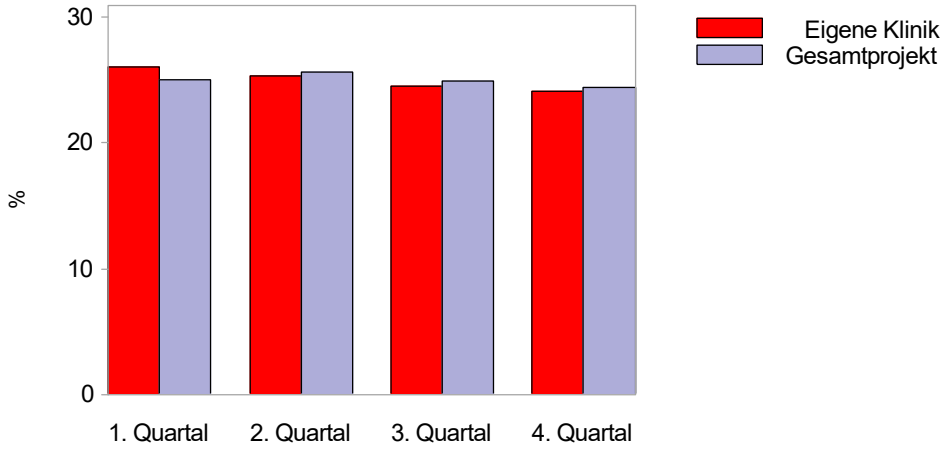
1.2 Anzahl und Quartalsverteilung der Patienten

	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
erfasste Stroke Bögen	1615	1.3	124915	100	111870	89.6	13045	10.4
vollst. dokumentiert [1]	1599	99.0	120147	96.2	107696	96.3	12451	95.4
Minimaldatensätze (MDS) [1]	16	1.0	4768	3.8	4174	3.7	594	4.6
MDS: Ereignis älter 7 Tage [2]	11	68.8	2413	50.6	2150	51.5	263	44.3
MDS: Entl./Verlegung vor 1. Bildgebung[2]	1	6.3	54	1.1	22	0.5	32	5.4
MDS: nur Frühreha, keine Akutbehandlung[2]	0	0.0	219	4.6	202	4.8	17	2.9
MDS: bereits vor Aufnahme palliative Zielsetzung [2]	0	0.0	363	7.6	315	7.5	48	8.1
MDS: sonstiger Grund [2]	4	25.0	1719	36.1	1485	35.6	234	39.4

Je nach Strukturqualität der teilnehmenden Einrichtung Vergleich mit allen Einrichtungen mit bzw. ohne zertifizierte Stroke Unit.
[1] Prozentangabe bezogen auf erfasste Stroke Bögen, [2] Prozentangabe bezogen auf die Minimaldatensätze



Quartalsverteilung aller vollständig dokumentierten Patienten (Entlassungsquartal)



2. Basisdaten

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

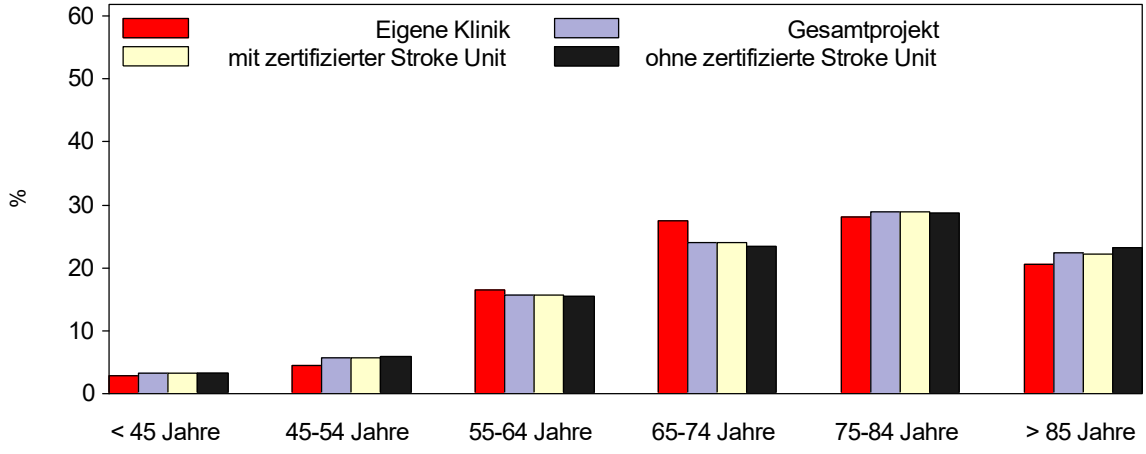
Geschlecht	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	878	54.9	62623	52.1	56267	52.2	6356	51.0
weiblich	721	45.1	57492	47.9	51422	47.7	6070	48.8
divers	0	0.0	4	0.0	4	0.0	0	0.0
unbestimmt	0	0.0	1	0.0	0	0.0	1	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	27	0.0	3	0.0	24	0.2

Durchschnittsalter	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert, Jahre	72.8	73.1	73.1	73.3
Anteil ≥ 75 Jahre, %	48.5	51.2	51.2	52.0
Anteil ≤ 60 Jahre, %	16.6	17.3	17.3	16.9

(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	1410	89.1	109425	93.8	98159	93.7	11266	94.7
Ja	173	10.9	7205	6.2	6620	6.3	585	4.9
fehlende Angabe	0	0.0	44	0.0	4	0.0	40	0.3

Altersverteilung aller dokumentierten Patienten

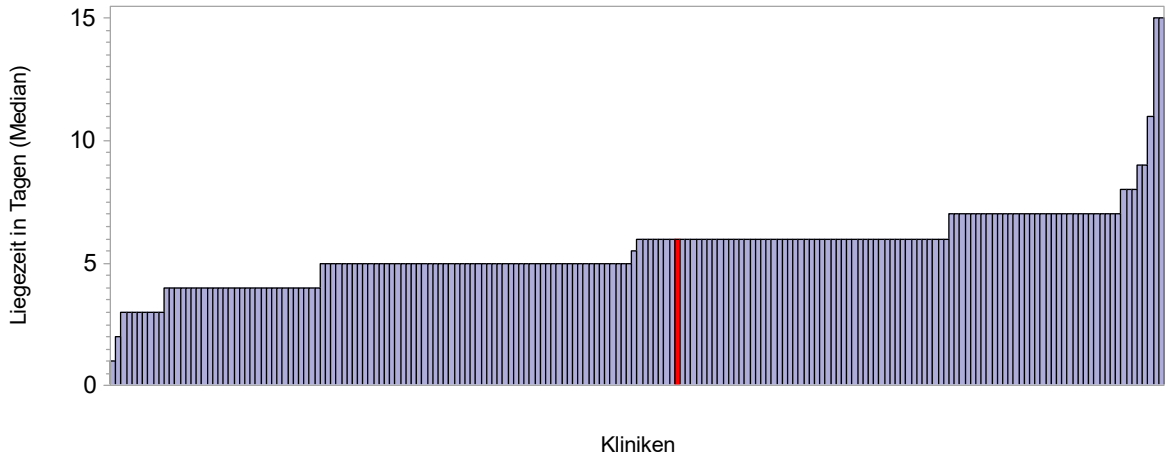


3. Liegezeiten

3.1 Liegezeit gesamt

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

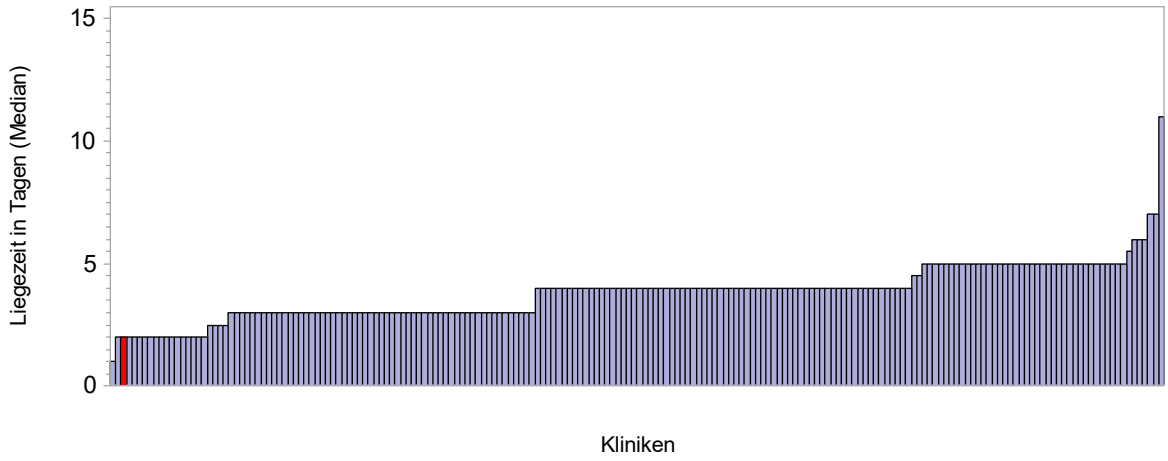
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	8.6	7.3	7.4	6.5
Median	5.0	5.0	5.0	5.0



3.2 Liegezeit bei Patienten mit einer TIA

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

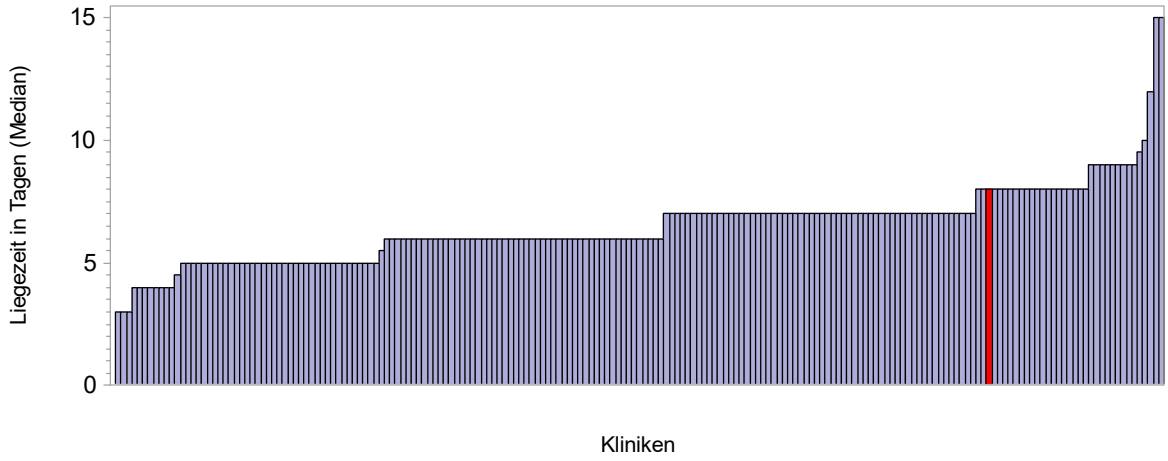
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	3.4	4.4	4.4	4.1
Median	2.0	4.0	4.0	3.0



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	10.0	8.3	8.4	7.6
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	3.5	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	126	9.1	8189	7.9	7553	8.2	636	5.5
> 1-2 Stunden	242	17.5	19442	18.7	17451	18.8	1991	17.3
> 2-3 Stunden	167	12.1	11326	10.9	9931	10.7	1395	12.1
> 3-4 Stunden	89	6.4	6159	5.9	5376	5.8	783	6.8
> 4-5 Stunden	66	4.8	4189	4.0	3666	4.0	523	4.5
> 5-6 Stunden	71	5.1	3777	3.6	3369	3.6	408	3.5
> 6-9 Stunden	69	5.0	6112	5.9	5338	5.8	774	6.7
> 9-24 Stunden	158	11.4	13195	12.7	11656	12.6	1539	13.4
> 24-48 Stunden	83	6.0	6147	5.9	5436	5.9	711	6.2
> 48h	95	6.9	11445	11.0	10207	11.0	1238	10.7
Inhouse-Stroke	1	0.1	290	0.3	230	0.2	60	0.5
Wake-up Stroke	55	4.0	7061	6.8	6393	6.9	668	5.8
keine Angabe möglich	161	11.6	6805	6.5	6017	6.5	788	6.8
fehlende Angabe	0	0.0	13	0.0	0	0.0	13	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	1383	86.5	104150	86.7	92623	86.0	11527	92.6
aus externer Klinik	206	12.9	13443	11.2	12873	12.0	570	4.6
interne Hausverlegung	10	0.6	2466	2.1	2180	2.0	286	2.3
fehlende Angabe	0	0.0	88	0.1	20	0.0	68	0.5

Aufnahmestation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allgemeinstation	62	3.9	9908	8.2	8667	8.0	1241	10.0
Stroke Unit	1485	92.9	101393	84.4	90980	84.5	10413	83.6
Intensivstation	27	1.7	6469	5.4	5917	5.5	552	4.4
Sonstiges	25	1.6	2290	1.9	2116	2.0	174	1.4
fehlende Angabe	0	0.0	87	0.1	16	0.0	71	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	88	5.6	10827	9.3	9560	9.1	1267	10.7
Ja	1495	94.4	105830	90.7	95222	90.9	10608	89.2
fehlende Angabe	0	0.0	17	0.0	1	0.0	16	0.1

5. Klinische Parameter

5.1 Klassifikation akutes Ereignis

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

ICD-10 Klassifikation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
G45: Transitorisch ischämische Attacke	363	22.7	32642	27.2	28724	26.7	3918	31.5
I60: Subarachnoidalblutung	8	0.5	825	0.7	757	0.7	68	0.5
I61: Intrazerebrale Blutung	85	5.3	6303	5.2	5756	5.3	547	4.4
I63: Hirninfarkt	1142	71.4	79855	66.5	72263	67.1	7592	61.0
I64: Schlaganfall nicht Blutung/nicht Infarkt	1	0.1	468	0.4	196	0.2	272	2.2
Andere ICD-10 Klassifikation	0	0.0	47	0.0	0	0.0	47	0.4
fehlende Angabe	0	0.0	7	0.0	0	0.0	7	0.1

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

Infarktätiologie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
atherothrombotisch	236	20.7	15242	19.1	13646	18.9	1596	21.0
kardiogen-embolisch	332	29.1	22367	28.0	20477	28.3	1890	24.9
mikroangiopathisch	205	18.0	16683	20.9	14720	20.4	1963	25.9
andere gesicherte Ursache	41	3.6	4089	5.1	3849	5.3	240	3.2
unklare Ätiologie	291	25.5	16170	20.2	14783	20.5	1387	18.3
konkurrierende Ursache	18	1.6	3622	4.5	3361	4.7	261	3.4
fehlende Angabe	19	1.7	1682	2.1	1427	2.0	255	3.4

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	342	21.4	18079	15.1	15990	14.8	2089	16.9
1: keine Funktionseinschränkung	262	16.4	21941	18.3	19414	18.0	2527	20.4
2: geringe Funktionseinschränkung	270	16.9	26324	21.9	23380	21.7	2944	23.7
3: mäßige Funktionseinschränkung	263	16.4	22117	18.4	19846	18.4	2271	18.3
4: mittlere Funktionseinschränkung	218	13.6	16096	13.4	14791	13.7	1305	10.5
5: schwere Funktionseinschränkung	244	15.3	15494	12.9	14263	13.2	1231	9.9
fehlende Angabe	0	0.0	42	0.0	12	0.0	30	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	618	39.0	36491	31.3	32570	31.1	3921	33.1
1: keine Funktionseinschränkung	305	19.3	24554	21.1	21859	20.9	2695	22.8
2: geringe Funktionseinschränkung	202	12.8	20355	17.5	18091	17.3	2264	19.1
3: mäßige Funktionseinschränkung	175	11.1	13155	11.3	11924	11.4	1231	10.4
4: mittlere Funktionseinschränkung	100	6.3	8979	7.7	8263	7.9	716	6.0
5: schwere Funktionseinschränkung	68	4.3	6075	5.2	5633	5.4	442	3.7
6: Tod	115	7.3	6992	6.0	6442	6.1	550	4.6
fehlende Angabe	0	0.0	21	0.0	1	0.0	20	0.2

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	1131	71.4	81801	70.1	73254	69.9	8547	72.2
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	195	12.3	15701	13.5	14098	13.5	1603	13.5
inkontinent	257	16.2	19108	16.4	17426	16.6	1682	14.2
fehlende Angabe	0	0.0	12	0.0	5	0.0	7	0.1

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	799	50.5	57466	49.3	51255	48.9	6211	52.5
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	309	19.5	25851	22.2	23168	22.1	2683	22.7
große Unterstützung	192	12.1	15812	13.6	14279	13.6	1533	12.9
vollständig abhängig	283	17.9	17476	15.0	16077	15.3	1399	11.8
fehlende Angabe	0	0.0	17	0.0	4	0.0	13	0.1

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	691	43.7	47357	40.6	42095	40.2	5262	44.4
geringe Unterstützung (Gehhilfe)	355	22.4	28095	24.1	25076	23.9	3019	25.5
unabhängig im Rollstuhl	214	13.5	18323	15.7	16522	15.8	1801	15.2
vollständig abhängig	323	20.4	22832	19.6	21087	20.1	1745	14.7
fehlende Angabe	0	0.0	15	0.0	3	0.0	12	0.1

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	1198	81.6	85020	77.6	76117	77.4	8903	78.9
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	157	10.7	13590	12.4	12188	12.4	1402	12.4
inkontinent	113	7.7	10979	10.0	10033	10.2	946	8.4
fehlende Angabe	0	0.0	39	0.0	3	0.0	36	0.3

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	1102	75.1	73575	67.1	65904	67.0	7671	68.0
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	207	14.1	19485	17.8	17369	17.7	2116	18.7
große Unterstützung	90	6.1	10005	9.1	9078	9.2	927	8.2
vollständig abhängig	69	4.7	6528	6.0	5987	6.1	541	4.8
fehlende Angabe	0	0.0	35	0.0	3	0.0	32	0.3

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	980	66.8	63712	58.1	56979	57.9	6733	59.7
geringe Unterstützung (Gehhilfe)	265	18.1	23773	21.7	21147	21.5	2626	23.3
unabhängig im Rollstuhl	117	8.0	11741	10.7	10620	10.8	1121	9.9
vollständig abhängig	106	7.2	10374	9.5	9592	9.8	782	6.9
fehlende Angabe	0	0.0	28	0.0	3	0.0	25	0.2

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	72.7	71.6	71.3	74.6
Mittelwert bei Entlassung	84.7	80.3	80.1	82.1
Barthel-Differenz*	12.1	8.6	8.8	7.6

*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	709	44.3	59755	49.8	53146	49.3	6609	53.3
Ja	888	55.5	59216	49.3	53534	49.7	5682	45.8
nicht bestimmbar	2	0.1	1099	0.9	1010	0.9	89	0.7
fehlende Angabe	0	0.0	23	0.0	6	0.0	17	0.1

Sprachstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1125	70.4	88774	73.9	79591	73.9	9183	74.1
Ja	466	29.1	29211	24.3	26195	24.3	3016	24.3
nicht bestimmbar	8	0.5	2081	1.7	1905	1.8	176	1.4
fehlende Angabe	0	0.0	27	0.0	5	0.0	22	0.2

Sprechstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	994	62.2	77228	64.3	68823	63.9	8405	67.8
Ja	597	37.3	39795	33.1	36067	33.5	3728	30.1
nicht bestimmbar	8	0.5	3039	2.5	2797	2.6	242	2.0
fehlende Angabe	0	0.0	31	0.0	9	0.0	22	0.2

Schluckstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1266	79.2	99759	83.1	89404	83.0	10355	83.5
Ja	313	19.6	14541	12.1	13116	12.2	1425	11.5
nicht bestimmbar	20	1.3	5692	4.7	5165	4.8	527	4.3
fehlende Angabe	0	0.0	101	0.1	11	0.0	90	0.7

Bewußtsein	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
wach	1494	93.4	111813	93.1	100262	93.1	11551	93.2
somnolent-soporös	92	5.8	6353	5.3	5689	5.3	664	5.4
komatös	13	0.8	1889	1.6	1731	1.6	158	1.3
fehlende Angabe	0	0.0	38	0.0	14	0.0	24	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	5.6	5.7	5.7	5.2
Median	4.0	3.0	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	474	29.9	32165	27.6	28998	27.7	3167	26.8
Hypertonie	1314	83.0	95295	81.7	85513	81.6	9782	82.6
Vorhofflimmern (vorbekannt)	284	17.9	23251	19.9	20923	20.0	2328	19.7
Vorhofflimmern (neu diagn.)	59	3.7	7362	6.3	6670	6.4	692	5.8
Früherer Schlaganfall	358	22.6	27016	23.2	24331	23.2	2685	22.7

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	181	0.2	157	0.1	24	0.2
1. Bildg. extern vor Aufnahme	153	9.6	11884	9.9	11143	10.3	741	6.0
1. Bildg. im eigenen Haus	1440	90.1	107825	89.8	96391	89.5	11434	92.2
fehlende Angabe	0	0.0	203	0.2	5	0.0	198	1.6

Art der Bildgebung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CT	200	13.9	98696	91.5	87992	91.3	10704	93.6
MRT	1198	83.2	57349	53.2	51257	53.2	6092	53.3

*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	631	43.8	50711	47.0	46957	48.7	3754	32.8
> 0.5-1 Stunde	368	25.6	18755	17.4	16308	16.9	2447	21.4
> 1-3 Stunden	338	23.5	25305	23.5	21860	22.7	3445	30.1
> 3-6 Stunden	52	3.6	7110	6.6	6224	6.5	886	7.7
> 6 Stunden	51	3.5	4221	3.9	3585	3.7	636	5.6
fehlende Angabe	0	0.0	1723	1.6	1457	1.5	266	2.3

*Prozent bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten Bildgebungen.

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung in Minuten*	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	243	298	290	428
50% Perzentil: Median	36.0	33.0	31.0	51.0
5% Perzentil	6.0	7.0	7.0	9.0

*berechnet für alle im eigenen Haus durchgeführten Bildgebungen.

Hirngefäßdiagnostik (CT /MRT)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	301	18.8	16101	13.4	14095	13.1	2006	16.2
vor Aufnahme	78	4.9	6346	5.3	5949	5.5	397	3.2
direkt im Anschluss an native Bildgebung	1165	72.9	86344	71.9	78354	72.8	7990	64.5
nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung aber spätestens am Folgetag der Aufnahme	35	2.2	7211	6.0	5806	5.4	1405	11.3
nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung und später als am Folgetag der Aufnahme	14	0.9	3896	3.2	3329	3.1	567	4.6
fehlende Angabe	6	0.4	195	0.2	163	0.2	32	0.3

Hirngefäßdiagnostik (Doppler /Duplex)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	86	5.4	16601	13.8	13095	12.2	3506	28.3
vor Aufnahme	89	5.6	673	0.6	616	0.6	57	0.5
im eigenen Haus nach Aufnahme, spätestens am Folgetag	1333	83.4	82226	68.5	75195	69.8	7031	56.7
im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme	91	5.7	20568	17.1	18783	17.4	1785	14.4
fehlende Angabe	0	0.0	25	0.0	7	0.0	18	0.1

Gefäßverschluss*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1248	79.6	98124	83.6	87525	83.0	10599	89.2
Ja	319	20.4	19182	16.4	17915	17.0	1267	10.7
fehlende Angabe	0	0.0	15	0.0	3	0.0	12	0.1

*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	50	15.7	2493	13.0	2276	12.7	217	17.0
M1	95	29.8	6499	33.8	6091	34.0	408	31.9
M2	79	24.8	4512	23.5	4237	23.6	275	21.5
BA	14	4.4	800	4.2	768	4.3	32	2.5
Sonstige	101	31.7	7211	37.5	6738	37.6	473	37.0

*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	1583	99.0	116674	97.1	104783	97.3	11891	95.5
ja, mit späterer Rückübernahme	11	0.7	1178	1.0	1057	1.0	121	1.0
ja, ohne spätere Rückübernahme	5	0.3	2291	1.9	1852	1.7	439	3.5
fehlende Angabe	0	0.0	4	0.0	4	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	109	6.9	9274	8.0	7924	7.6	1350	11.4
Ja	1474	93.1	107322	92.0	96850	92.4	10472	88.5
fehlende Angabe	0	0.0	26	0.0	9	0.0	17	0.1

Schlucktestung nach Protokoll	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	197	12.4	7153	6.1	5632	5.4	1521	12.8
Ja	1380	87.2	107426	92.1	97350	92.9	10076	85.1
nicht bestimmbar	6	0.4	1995	1.7	1792	1.7	203	1.7
fehlende Angabe	0	0.0	48	0.0	9	0.0	39	0.3

Ipsilaterale ACI-Stenose	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1426	90.1	102037	87.5	91783	87.6	10254	86.6
< 50%	9	0.6	4502	3.9	3963	3.8	539	4.6
50-< 70%	12	0.8	2049	1.8	1809	1.7	240	2.0
70-99%	82	5.2	3612	3.1	3270	3.1	342	2.9
100% (Verschluss)	40	2.5	2025	1.7	1839	1.8	186	1.6
nicht untersucht	14	0.9	2368	2.0	2113	2.0	255	2.2
fehlende Angabe	0	0.0	29	0.0	6	0.0	23	0.2

Operative Revaskularisation der ACI veranlaßt oder empfohlen*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	24	29.3	861	23.4	751	22.6	110	31.3
ja	58	70.7	2814	76.4	2579	77.4	235	66.8
fehlende Angabe	0	0.0	7	0.2	0	0.0	7	2.0

*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	1106	74.0	78872	71.9	70984	72.0	7888	71.5
OAK (Vitamin-K-Antagonisten oder DOAK)	388	26.0	30775	28.1	27657	28.0	3118	28.3
fehlende Angabe	0	0.0	37	0.0	6	0.0	31	0.3

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

Beatmung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1560	98.5	110849	95.0	99320	94.8	11529	97.4
Ja	23	1.5	5746	4.9	5459	5.2	287	2.4
fehlende Angabe	0	0.0	27	0.0	4	0.0	23	0.2

(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	128	8.7	6534	6.0	5869	6.0	665	5.9
Ja	1340	91.3	103081	94.0	92471	94.0	10610	94.0
fehlende Angabe	0	0.0	15	0.0	1	0.0	14	0.1

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	432	27.3	8243	7.1	7529	7.2	714	6.0
≤ Tag 2 nach Aufnahme	1135	71.7	107139	91.9	96225	91.8	10914	92.2
> Tag 2 nach Aufnahme	16	1.0	1218	1.0	1026	1.0	192	1.6
fehlende Angabe	0	0.0	22	0.0	3	0.0	19	0.2

Logopädie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	522	33.0	15356	13.2	13775	13.1	1581	13.4
≤ Tag 2 nach Aufnahme	1039	65.6	99754	85.5	89753	85.7	10001	84.5
> Tag 2 nach Aufnahme	22	1.4	1457	1.2	1251	1.2	206	1.7
fehlende Angabe	0	0.0	55	0.0	4	0.0	51	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	%
Patienten mit Komplikation(en)	242	15.3	15108	13.0	13975	13.3	1133	9.6
Patienten ohne Komplikation(en)	1341	84.7	101514	87.0	90808	86.7	10706	90.4

Art der Komplikation(en)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pneumonie	91	5.7	5387	4.5	5075	4.7	312	2.5
erhöhter Hirndruck	21	1.3	1488	1.2	1367	1.3	121	1.0
sympt.Intrazerebrale Blutung	21	1.3	1226	1.0	1134	1.1	92	0.7
Andere Komplikationen	172	10.8	9995	8.3	9225	8.6	770	6.2

*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	1112	69.5	80581	67.1	72120	67.0	8461	68.3
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	14	0.9	1826	1.5	1646	1.5	180	1.5
Beh. aus sonst. Gründen beendet	0	0.0	178	0.1	155	0.1	23	0.2
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	27	1.7	2369	2.0	2128	2.0	241	1.9
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	5	0.0	4	0.0	1	0.0
Verlegung in anderes KH	65	4.1	10959	9.1	9995	9.3	964	7.8
Tod	115	7.2	7099	5.9	6535	6.1	564	4.5
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	2	0.1	583	0.5	468	0.4	115	0.9
Entlassung in Rehaeinrichtung	182	11.4	9534	7.9	8724	8.1	810	6.5
Entlassung in Pflegeeinrichtung	74	4.6	5672	4.7	4855	4.5	817	6.6
Entlassung in Hospiz	3	0.2	145	0.1	133	0.1	12	0.1
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	49	0.0	46	0.0	3	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	0	0.0	41	0.0	33	0.0	8	0.1
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	5	0.3	785	0.7	633	0.6	152	1.2
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	29	0.0	27	0.0	2	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	3	0.0	3	0.0	0	0.0
Beh. regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0.0	177	0.1	176	0.2	1	0.0
nicht spezifizierter Entl.grund	0	0.0	7	0.0	5	0.0	2	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	42	0.0	2	0.0	40	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	749	65.6	49487	62.0	44784	62.0	4703	61.9
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	8	0.7	1119	1.4	1027	1.4	92	1.2
Beh. aus sonst. Gründen beendet	0	0.0	111	0.1	104	0.1	7	0.1
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	18	1.6	1222	1.5	1114	1.5	108	1.4
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	4	0.0	4	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	55	4.8	8782	11.0	8028	11.1	754	9.9
Tod	83	7.3	5288	6.6	4893	6.8	395	5.2
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	2	0.2	474	0.6	382	0.5	92	1.2
Entlassung in Rehaeinrichtung	162	14.2	8227	10.3	7519	10.4	708	9.3
Entlassung in Pflegeeinrichtung	58	5.1	4132	5.2	3556	4.9	576	7.6
Entlassung in Hospiz	3	0.3	128	0.2	119	0.2	9	0.1
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	32	0.0	29	0.0	3	0.0
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	8	0.0	7	0.0	1	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	18	0.0	17	0.0	1	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	4	0.4	617	0.8	503	0.7	114	1.5
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	24	0.0	23	0.0	1	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
Beh. regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0.0	148	0.2	147	0.2	1	0.0
nicht spezifizierter Entl.grund	0	0.0	6	0.0	4	0.0	2	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	27	0.0	2	0.0	25	0.3

9.3 Ende der Akutbehandlung für Patienten mit Intrazerabraler 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	36	38.7	2253	31.6	2067	31.7	186	30.2
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	2	2.2	66	0.9	56	0.9	10	1.6
Beh. aus sonst. Gründen beendet	0	0.0	2	0.0	2	0.0	0	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	1	1.1	56	0.8	51	0.8	5	0.8
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	4	4.3	1428	20.0	1300	20.0	128	20.8
Tod	30	32.3	1725	24.2	1576	24.2	149	24.2
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0.0	72	1.0	60	0.9	12	2.0
Entlassung in Rehaeinrichtung	17	18.3	1044	14.6	970	14.9	74	12.0
Entlassung in Pflegeeinrichtung	3	3.2	382	5.4	345	5.3	37	6.0
Entlassung in Hospiz	0	0.0	14	0.2	12	0.2	2	0.3
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	3	0.0	3	0.0	0	0.0
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	2	0.0	1	0.0	1	0.2
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	0	0.0	53	0.7	47	0.7	6	1.0
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	2	0.0	2	0.0	0	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
Beh. regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0.0	20	0.3	20	0.3	0	0.0
nicht spezifizierter Entl.grund	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	5	0.1	0	0.0	5	0.8

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	1001	68.2	63795	58.2	56619	57.6	7176	63.6
Ja	467	31.8	45794	41.8	41720	42.4	4074	36.1
fehlende Angabe	0	0.0	39	0.0	2	0.0	37	0.3

Geplante Rehabilitation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neurologische Rehabilitation Phase B	96	20.6	5987	13.1	5619	13.5	368	9.0
Neurologische Rehabilitation Phase C	98	21.0	9048	19.8	8293	19.9	755	18.5
Neurologische Rehabilitation Phase D - stationär	127	27.2	15291	33.4	14089	33.8	1202	29.5
Neurologische Rehabilitation Phase D - ambulant/teilstationär	36	7.7	4743	10.4	4259	10.2	484	11.9
Geriatrische Rehabilitation	30	6.4	8120	17.7	7207	17.3	913	22.4
Sonstige Rehabilitation	80	17.1	2593	5.7	2251	5.4	342	8.4
fehlende Angabe	0	0.0	12	0.0	2	0.0	10	0.2

*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	921	80.6	63867	80.0	57511	79.6	6356	83.7
vor Aufnahme	26	2.3	1863	2.3	1786	2.5	77	1.0
im eigenen Haus	194	17.0	14089	17.6	12943	17.9	1146	15.1
Verlegung zur Thrombolyse	1	0.1	27	0.0	21	0.0	6	0.1
fehlende Angabe	0	0.0	9	0.0	2	0.0	7	0.1

Intraartrielle Therapie (IAT)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	932	81.6	69160	86.6	62098	85.9	7062	93.0
vor Aufnahme	16	1.4	316	0.4	292	0.4	24	0.3
im eigenen Haus	193	16.9	8695	10.9	8471	11.7	224	3.0
Verlegung zur geplanten IAT	1	0.1	1625	2.0	1397	1.9	228	3.0
fehlende Angabe	0	0.0	59	0.1	5	0.0	54	0.7

Art der Intraartriellen Therapie (IAT)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thrombektomie	188	97.4	8431	97.0	8226	97.1	205	91.5
i.a. Thrombolyse	1	0.5	51	0.6	47	0.6	4	1.8
beides	4	2.1	207	2.4	198	2.3	9	4.0
fehlende Angabe	0	0.0	6	0.1	0	0.0	6	2.7

*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	1	100	28	1.7	24	1.7	4	1.8
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	342	21.0	315	22.5	27	11.8
> 1-2 Stunden	0	0.0	726	44.7	629	45.0	97	42.5
> 2-3 Stunden	0	0.0	251	15.4	200	14.3	51	22.4
> 3-4 Stunden	0	0.0	79	4.9	60	4.3	19	8.3
> 4-6 Stunden	0	0.0	60	3.7	52	3.7	8	3.5
> 6 Stunden	0	0.0	139	8.6	117	8.4	22	9.6
fehlende Angabe	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Zeit Aufnahme - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	5.0	1210	1207	1372
50% Perzentil: Median	5.0	91.0	89.0	111.0
5% Perzentil	5.0	40.0	38.0	47.0

11.3 Zeit Bildgebung - Verlegung zur geplanten IAT

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

Zeit Bildgebung - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<= 0.5 Stunden	0	0.0	135	8.3	121	8.7	14	6.1
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	522	32.1	468	33.5	54	23.7
> 1-2 Stunden	0	0.0	598	36.8	500	35.8	98	43.0
> 2-3 Stunden	0	0.0	160	9.8	127	9.1	33	14.5
> 3-4 Stunden	0	0.0	47	2.9	39	2.8	8	3.5
> 4-6 Stunden	0	0.0	32	2.0	26	1.9	6	2.6
> 6 Stunden	0	0.0	89	5.5	78	5.6	11	4.8
fehlende Angabe	1	100	42	2.6	38	2.7	4	1.8

Zeit Bildgebung - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	.	471	499	308
50% Perzentil: Median	.	70.0	67.0	83.0
5% Perzentil	.	25.0	24.0	30.0

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	256	15.8	227	16.2	29	12.7
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	281	17.3	251	18.0	30	13.2
> 1-2 Stunden	0	0.0	232	14.3	192	13.7	40	17.5
> 2-3 Stunden	0	0.0	42	2.6	37	2.6	5	2.2
> 3-4 Stunden	0	0.0	16	1.0	15	1.1	1	0.4
> 4-6 Stunden	0	0.0	5	0.3	4	0.3	1	0.4
> 6 Stunden	0	0.0	13	0.8	12	0.9	1	0.4
fehlende Angabe	1	100	780	48.0	659	47.2	121	53.1

*Bezogen auf alle Verlegungen zur geplanten Intraarteriellen Therapie

Zeit Lyse - Verlegung zur geplanten IAT in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	.	164	165	136
50% Perzentil: Median	.	46.0	45.0	58.0
5% Perzentil	.	13.0	12.0	18.0

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 Thrombolyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	200	54.6	13812	55.1	12461	54.6	1351	60.0
vor Aufnahme	9	2.5	544	2.2	522	2.3	22	1.0
im eigenen Haus	157	42.9	10706	42.7	9834	43.1	872	38.8
Verlegung zur Thrombolyse	0	0.0	15	0.1	12	0.1	3	0.1
fehlende Angabe	0	0.0	2	0.0	0	0.0	2	0.1

11.6 Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung

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

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	234	67.8	17432	73.5	16203	75.1	1229	57.4
> 0.5-1 Stunde	70	20.3	3155	13.3	2723	12.6	432	20.2
> 1-3 Stunden	28	8.1	2050	8.6	1713	7.9	337	15.7
> 3-6 Stunden	2	0.6	393	1.7	341	1.6	52	2.4
> 6 Stunden	11	3.2	344	1.5	294	1.4	50	2.3
fehlende Angabe	0	0.0	340	1.4	299	1.4	41	1.9

11.7 Zeit Aufnahme - Beginn Lyse

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt (ohne Inhouse-Strokes), 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	57	29.5	5580	40.1	5365	41.9	215	19.1
> 0.5-1 Stunde	88	45.6	5974	42.9	5510	43.0	464	41.1
> 1-2 Stunden	36	18.7	1801	12.9	1450	11.3	351	31.1
> 2-3 Stunden	6	3.1	259	1.9	201	1.6	58	5.1
> 3-4 Stunden	3	1.6	68	0.5	59	0.5	9	0.8
> 4-6 Stunden	1	0.5	34	0.2	30	0.2	4	0.4

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
> 6 Stunden	2	1.0	166	1.2	146	1.1	20	1.8
fehlende Angabe	0	0.0	48	0.3	41	0.3	7	0.6

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	150	104	97.0	146
50% Perzentil: Median	40.0	35.0	34.0	54.0
5% Perzentil	17.0	16.0	16.0	18.0

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	122	63.2	10556	75.8	9962	77.8	594	52.7
> 0.5-1 Stunde	46	23.8	2250	16.2	1908	14.9	342	30.3
> 1-2 Stunden	11	5.7	593	4.3	461	3.6	132	11.7
> 2-3 Stunden	5	2.6	105	0.8	89	0.7	16	1.4
> 3-4 Stunden	2	1.0	23	0.2	21	0.2	2	0.2
> 4-6 Stunden	1	0.5	15	0.1	10	0.1	5	0.4
> 6 Stunden	4	2.1	148	1.1	136	1.1	12	1.1
fehlende Angabe	2	1.0	240	1.7	215	1.7	25	2.2

Zeit 1. Bildgebung - Beginn Lyse in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	157	69.0	65.0	96.0
50% Perzentil: Median	25.0	18.0	17.0	29.0
5% Perzentil	5.0	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	4	2.5	94	1.6	86	1.5	8	4.8
> 0.5-1 Stunde	24	15.3	1133	19.0	1088	18.7	45	26.9
> 1-2 Stunden	94	59.9	3608	60.4	3536	60.9	72	43.1
> 2-3 Stunden	12	7.6	596	10.0	571	9.8	25	15.0
> 3-4 Stunden	4	2.5	142	2.4	137	2.4	5	3.0
> 4-6 Stunden	4	2.5	82	1.4	77	1.3	5	3.0
> 6 Stunden	15	9.6	315	5.3	308	5.3	7	4.2
fehlende Angabe	0	0.0	3	0.1	3	0.1	0	0.0

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion in Minuten mit eigener Bildg.	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	4182	397.0	401.0	309.0
50% Perzentil: Median	81.0	81.0	81.0	83.0
5% Perzentil	38.0	43.0	43.0	31.0

(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	17	50.0	606	23.2	589	23.0	17	32.7
> 0.5-1 Stunde	10	29.4	1164	44.5	1151	44.9	13	25.0
> 1-2 Stunden	7	20.6	625	23.9	611	23.8	14	26.9
> 2-3 Stunden	0	0.0	87	3.3	83	3.2	4	7.7
> 3-4 Stunden	0	0.0	34	1.3	33	1.3	1	1.9
> 4-6 Stunden	0	0.0	17	0.6	17	0.7	0	0.0

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion mit externer Bildg.	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
> 6 Stunden	0	0.0	82	3.1	80	3.1	2	3.8
fehlende Angabe	0	0.0	2	0.1	1	0.0	1	1.9

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion in Minuten mit externer Bildg.	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	96.0	183.0	181.0	207.0
50% Perzentil: Median	30.5	47.0	47.0	50.0
5% Perzentil	2.0	14.0	14.0	11.0

11.10 Zeit 1. Bildgebung - Leistenpunktion

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

Zeit 1. Bildgebung - Leistenpunktion in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	1856	292.0	298.0	235.0
50% Perzentil: Median	64.0	64.0	64.0	60.0
5% Perzentil	23.0	28.0	28.0	20.0

11.11 Zeit Lyse - Leistenpunktion

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

Zeit Lyse - Leistenpunktion	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	26	36.1	583	22.9	562	22.6	21	31.8
> 0.5-1 Stunde	32	44.4	1227	48.1	1207	48.6	20	30.3
> 1-2 Stunden	11	15.3	562	22.0	546	22.0	16	24.2
> 2-3 Stunden	1	1.4	56	2.2	55	2.2	1	1.5
> 3-4 Stunden	0	0.0	17	0.7	17	0.7	0	0.0
> 4-6 Stunden	0	0.0	10	0.4	8	0.3	2	3.0
> 6 Stunden	2	2.8	45	1.8	45	1.8	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	50	2.0	44	1.8	6	9.1

Zeit Lyse - Leistenpunktion in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	108.0	123.0	123.0	143.0
50% Perzentil: Median	41.0	45.0	45.0	41.0
5% Perzentil	13.0	13.0	13.0	11.0

11.12 Rekanalisation

erfolgreiche Rekanalisation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	17	8.8	1068	12.3	1044	12.3	24	10.7
Ja	176	91.2	7615	87.6	7421	87.6	194	86.6
fehlende Angabe	0	0.0	12	0.1	6	0.1	6	2.7

* bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten IAT

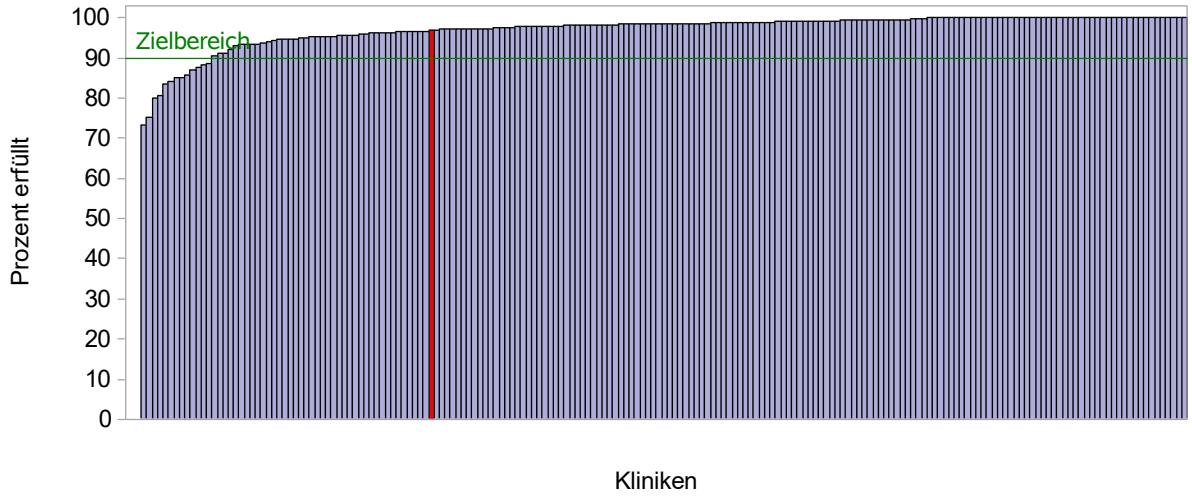
12. Qualitätsindikatoren (QI)

12.1 Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

Qualitätsziel:	Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall (≤ Tag 2 nach Aufnahme) durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Lähmungen durch einen Physiotherapeuten während des Krankenhausaufenthaltes.
Zielbereich:	≥ 90%
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten ≤ 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 Primärdiagnsotik/-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	562	35990	33044	2946
Anzahl Nenner	580	36910	33852	3058
Qualitätsindikator erfüllt in %	96.9	97.5	97.6	96.3

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

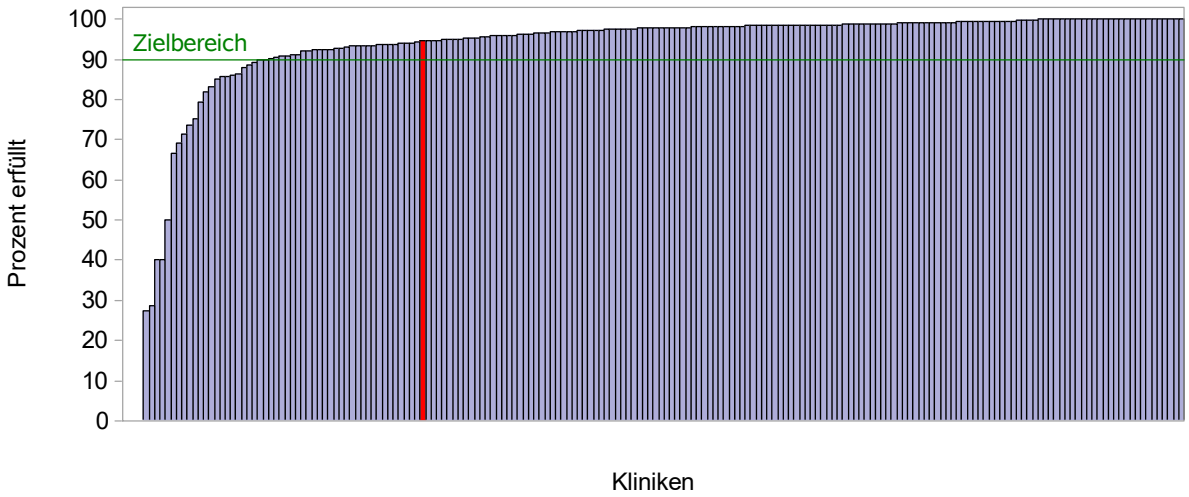


12.2 Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

Qualitätsziel:	Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall (≤ 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:	≥ 90%
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch Logopäden ≤ 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 Primärdiagnsotik/-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	600	39184	35824	3360
Anzahl Nenner	634	40932	37349	3583
Qualitätsindikator erfüllt in %	94.6	95.7	95.9	93.8

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

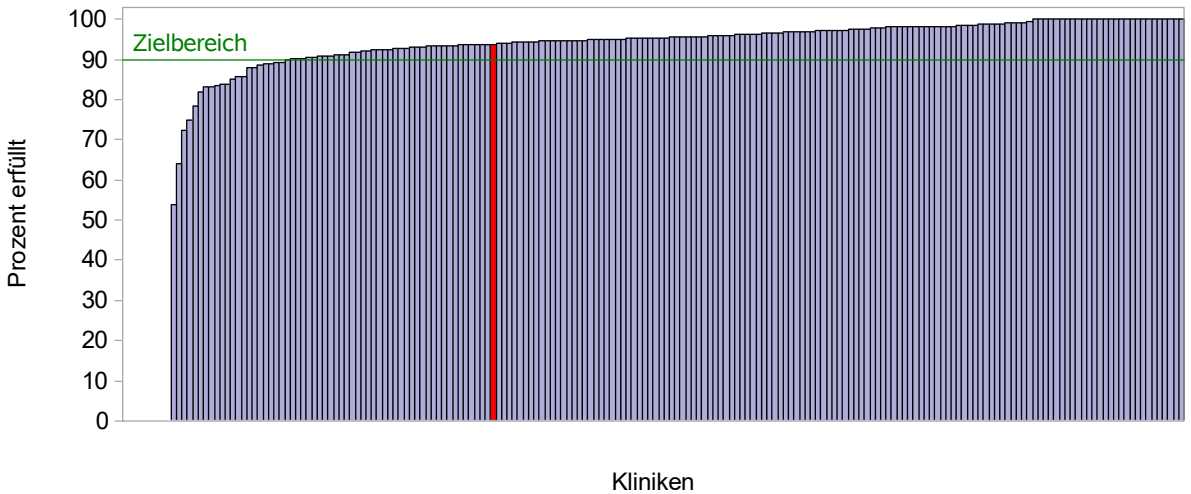


12.3 Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

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	184	15130	13610	1520
Anzahl Nenner	196	15996	14376	1620
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.9	94.6	94.7	93.8

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

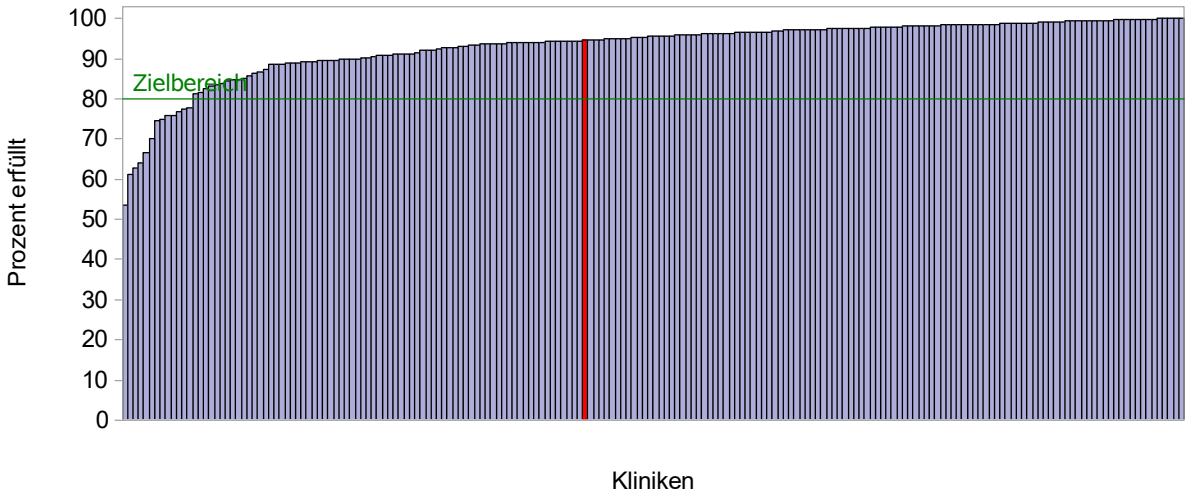


12.4 Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 24 Stunden bei Hirninfarkt und TIA

Qualitätsziel:	Durchführung einer Hirngefäßdiagnostik bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA.
Zielbereich:	≥ 80%
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Alle Patienten mit Hirngefäßdiagnostik (Doppler/Duplex-Sonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanz- oder Computertomographische Angiographie) spätestens am Folgetag der Aufnahme.
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA ohne Gefäßdiagnostik vor Aufnahme. Patienten mit Inhouse-Stroke sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 Stunden 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	1369	100687	90916	9771
Anzahl Nenner	1446	106773	96094	10679
Qualitätsindikator erfüllt in %	94.7	94.3	94.6	91.5

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% Konfidenznintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

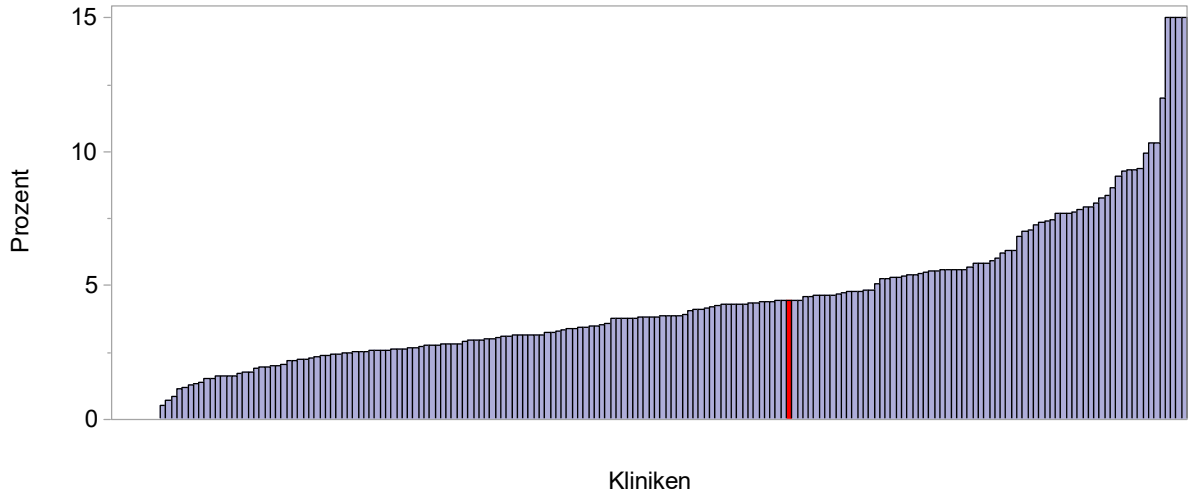
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	48	3120	2886	234
Anzahl Nenner	1078	70017	63603	6414
EntlSt. "verstorben"	4.5	4.5	4.5	3.6

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
0.95	0.68	bis	1.31

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.

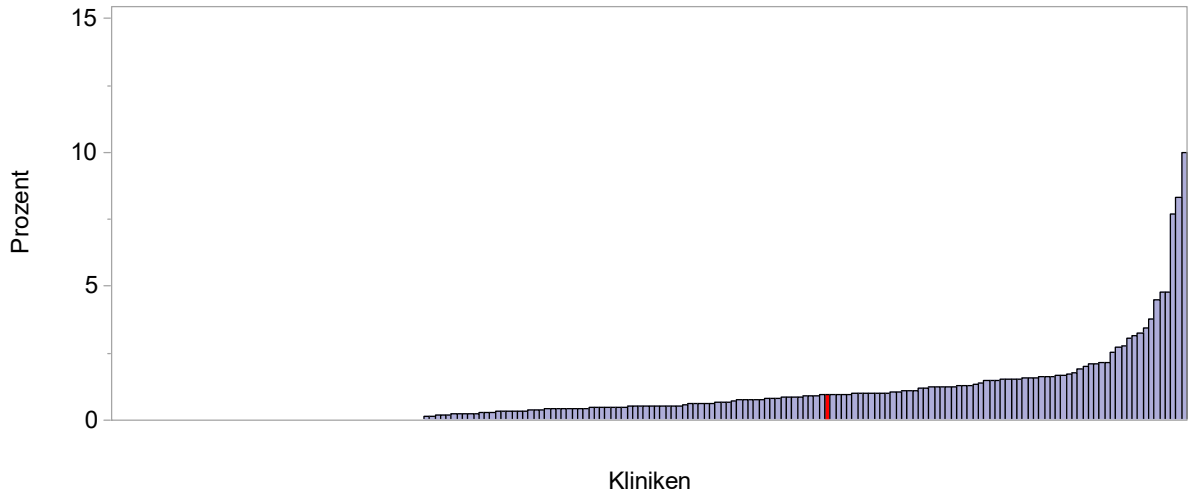
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	9	546	497	49
Anzahl Nenner	955	64751	58763	5988
EntlSt. "verstorben"	0.9	0.8	0.8	0.8

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
1.12	0.53	bis	2.07

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.

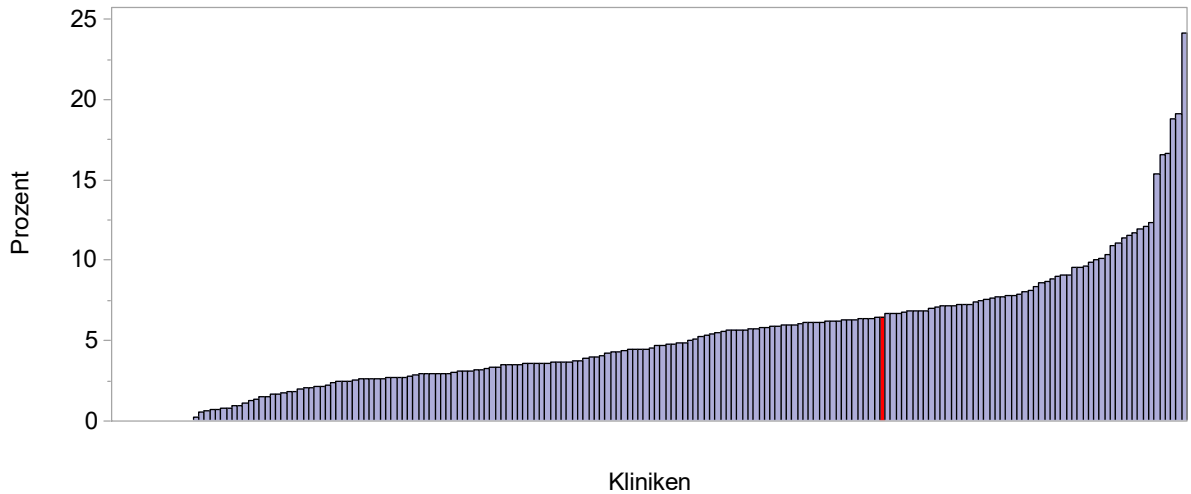
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	74	4500	4238	262
Anzahl Nenner	1141	78218	70976	7242
Komplikation Pneumonie	6.5	5.8	6.0	3.6

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
1.30	1.00	bis	1.65

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.

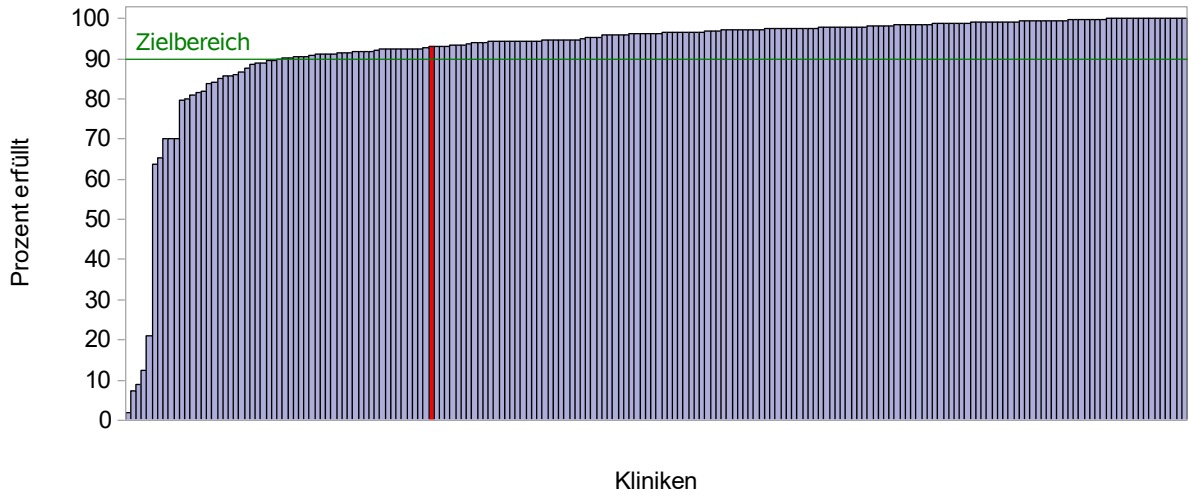


12.7 Screening für Schluckstörungen

Qualitätsziel:	Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall.
Zielbereich:	≥ 90%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	1038	72203	65852	6351
Anzahl Nenner	1116	76017	68862	7155
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.0	95.0	95.6	88.8

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

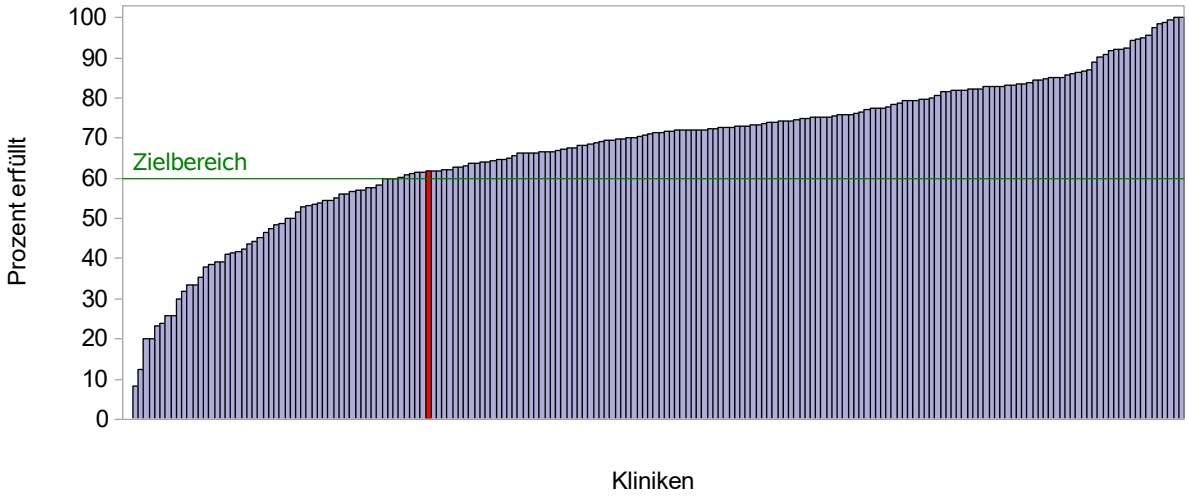


12.8 a) Anteil der Patienten mit Bildgebung innerhalb von 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden

Qualitätsziel:	Sicherstellung einer raschen bildgebenden Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für eine Rekanalisationstherapie, operationalisiert durch den Anteil der Patienten mit Intervall "Aufnahme - 1. Bildgebung" ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden.
Zielbereich:	≥ 60%
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	351	25607	23738	1869
Anzahl Nenner	568	36176	32733	3443
Qualitätsindikator erfüllt in %	61.8	70.8	72.5	54.3

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

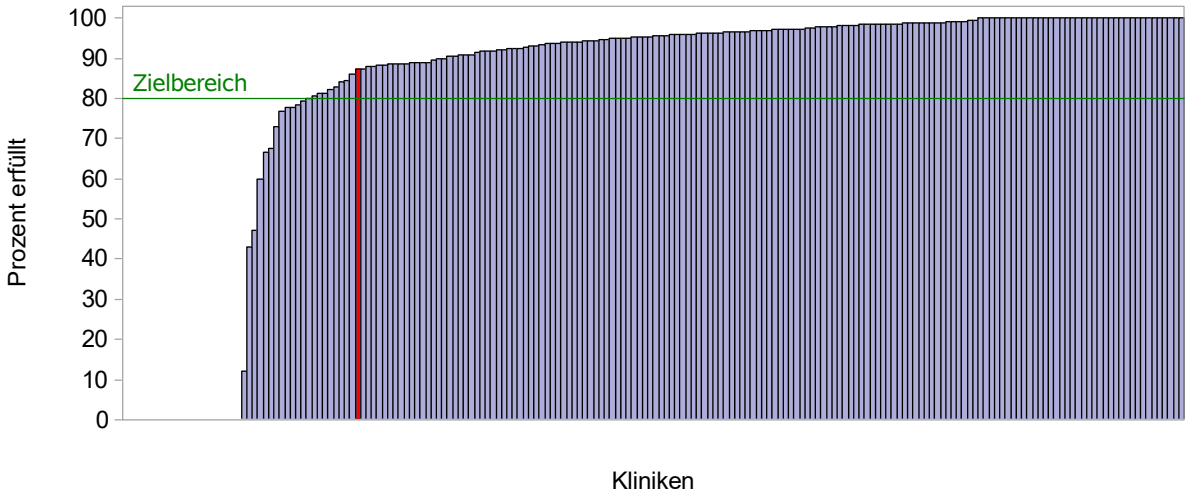


12.8 b) CT- / MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an die native Bildgebung

Qualitätsziel:	Möglichst häufig Durchführung einer CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an native Bildgebung bei Patienten mit Hirnfarkt.
Zielbereich:	≥ 80%
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	166	12037	11046	991
Anzahl Nenner	190	12728	11610	1118
Qualitätsindikator erfüllt in %	87.4	94.6	95.1	88.6

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

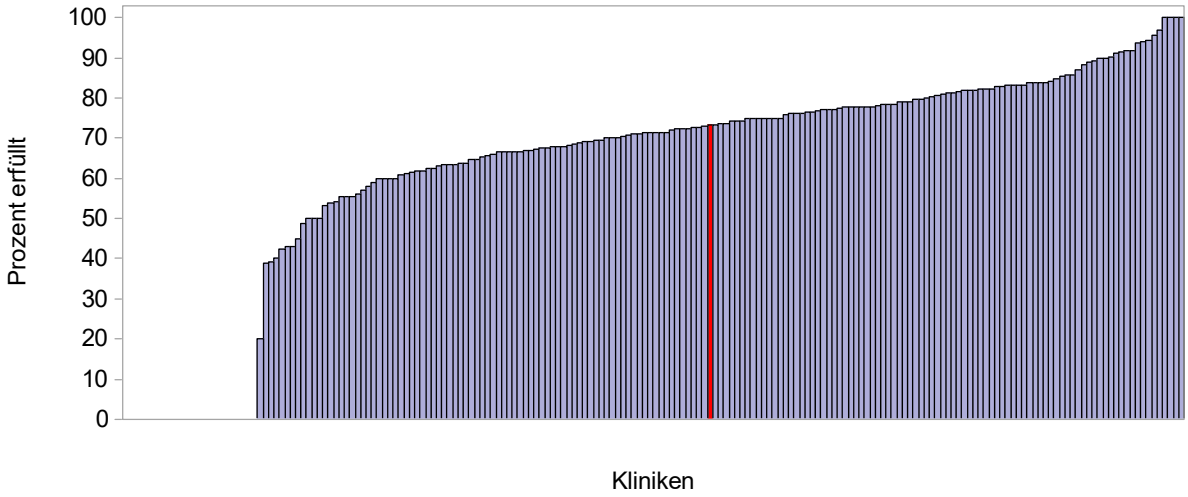


12.9 a) Frühe systemische Thrombolyse (innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme, Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)

Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	90	4768	4354	414
Anzahl Nenner	123	6514	5898	616
Qualitätsindikator erfüllt in %	73.2	73.2	73.8	67.2

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

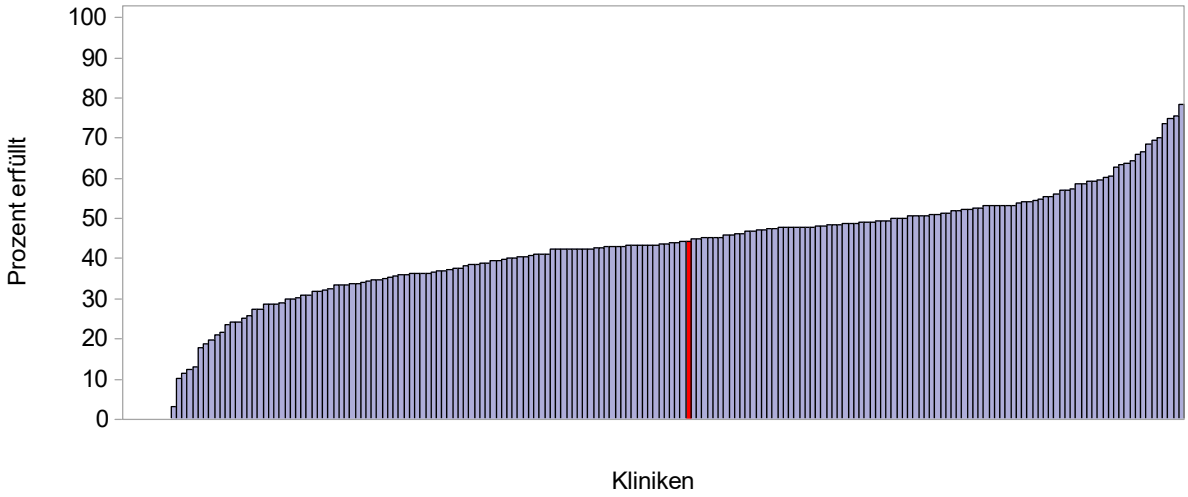


12.9 b) Frühe systemische Thrombolyse innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	168	11953	10954	999
Anzahl Nenner	379	26773	24126	2647
Qualitätsindikator erfüllt in %	44.3	44.6	45.4	37.7

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

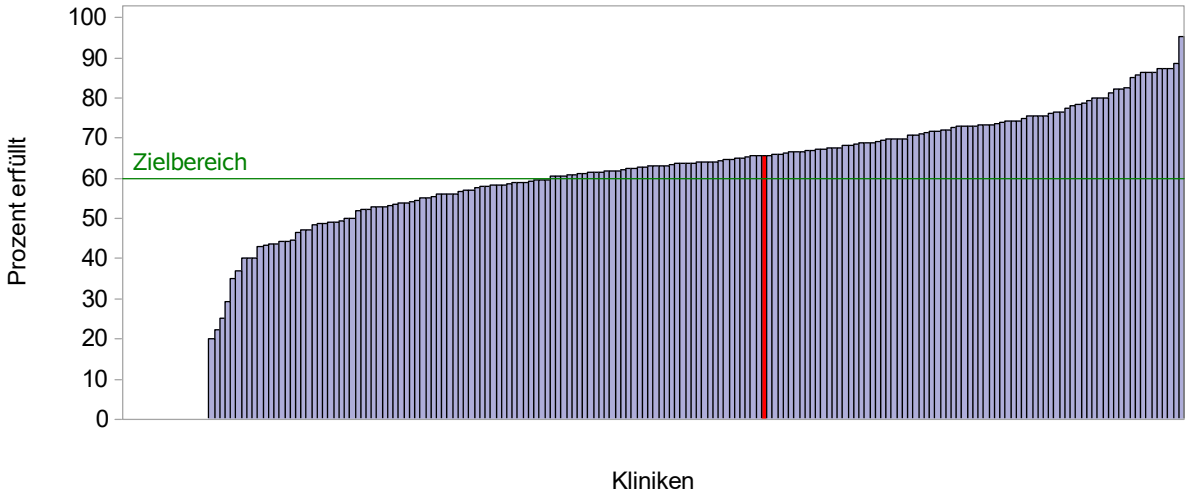


12.9 c) Frühe systemische Thrombolyse (innerhalb von 4 Stunden nach Aufnahme, ohne Altersbeschränkung, NIHSS 4-25)

Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.
Zielbereich:	≥ 60%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	143	9020	8246	774
Anzahl Nenner	218	13930	12590	1340
Qualitätsindikator erfüllt in %	65.6	64.8	65.5	57.8

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

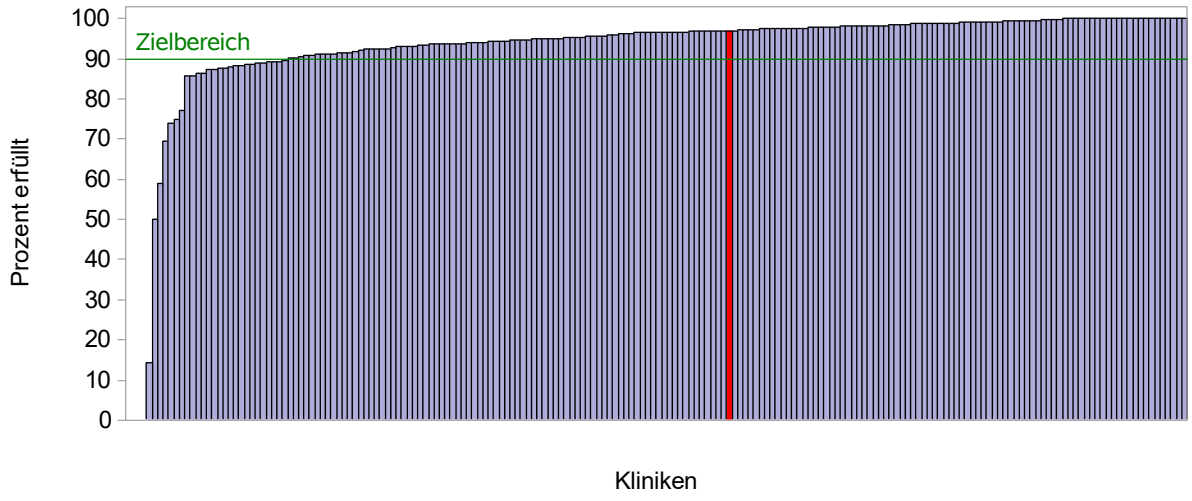


12.10 Behandlung auf einer Stroke Unit

Qualitätsziel:	Aufnahme möglichst vieler Patienten mit Hirninfarkt oder TIA auf einer Stroke Unit, wenn das Ereignis innerhalb von 24 Stunden vor Aufnahme eintrat.
Zielbereich:	≥ 90%
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 (inklusive Inhouse-Stroke) in der Klinik aufgenommen werden (exkl. Verlegung ohne spätere Rückverlegung) .
Nenner:	
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	1018	72095	64915	7180
Anzahl Nenner	1050	76017	68292	7725
Qualitätsindikator erfüllt in %	97.0	94.8	95.1	92.9

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

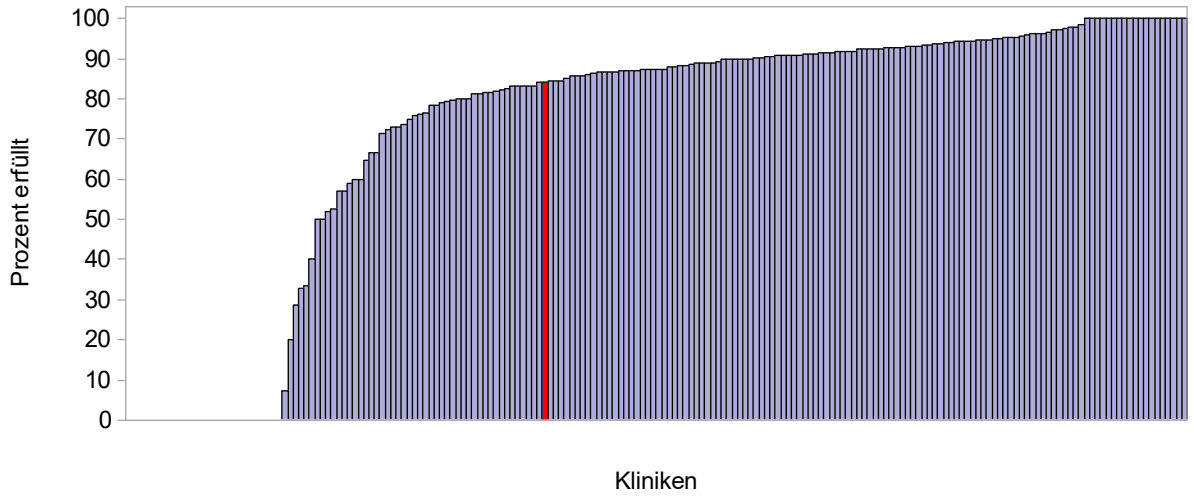


12.11 a) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten (Alter 18-80 Jahre, NIHSS 4-25)

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	86	4973	4659	314
Anzahl Nenner	102	5687	5210	477
Qualitätsindikator erfüllt in %	84.3	87.4	89.4	65.8

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

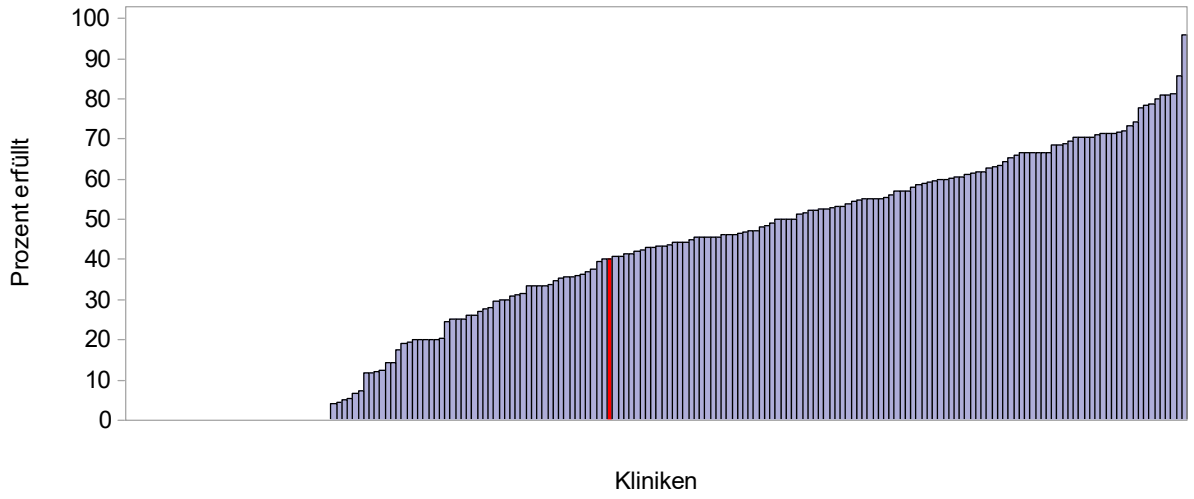


12.11 b) Door-to-needle time ≤ 30 Minuten (Alter ≤ 80 Jahre, NIHSS 4-25)

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	41	2693	2588	105
Anzahl Nenner	102	5687	5210	477
Qualitätsindikator erfüllt in %	40.2	47.4	49.7	22.0

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

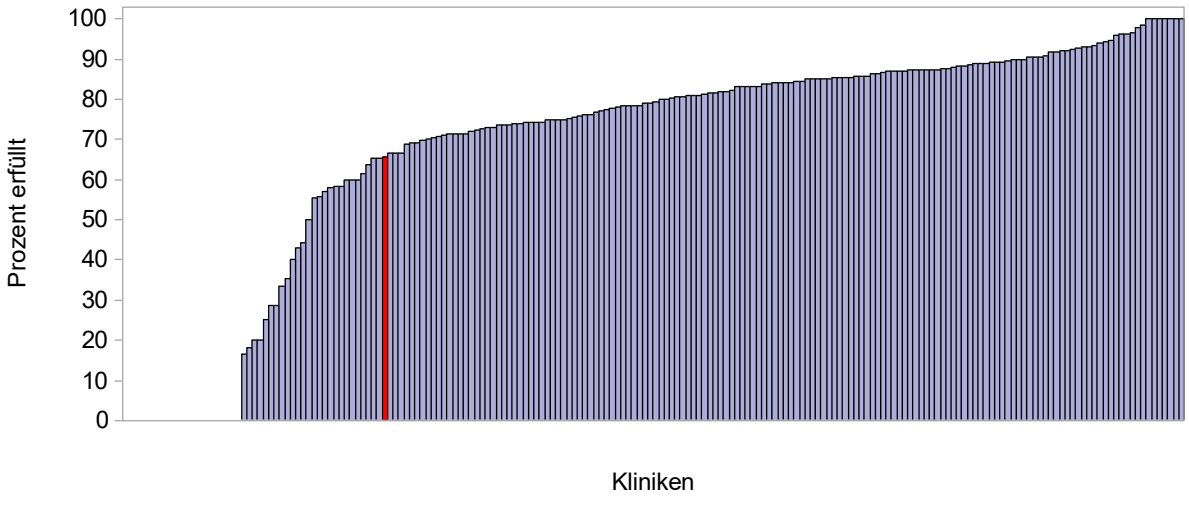


12.11 c) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten Off-Label Use

Qualitätsziel:	Hoher Anteil von Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 60 Minuten bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	61	6707	6351	356
Anzahl Nenner	93	8348	7734	614
Qualitätsindikator erfüllt in %	65.6	80.3	82.1	58.0

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

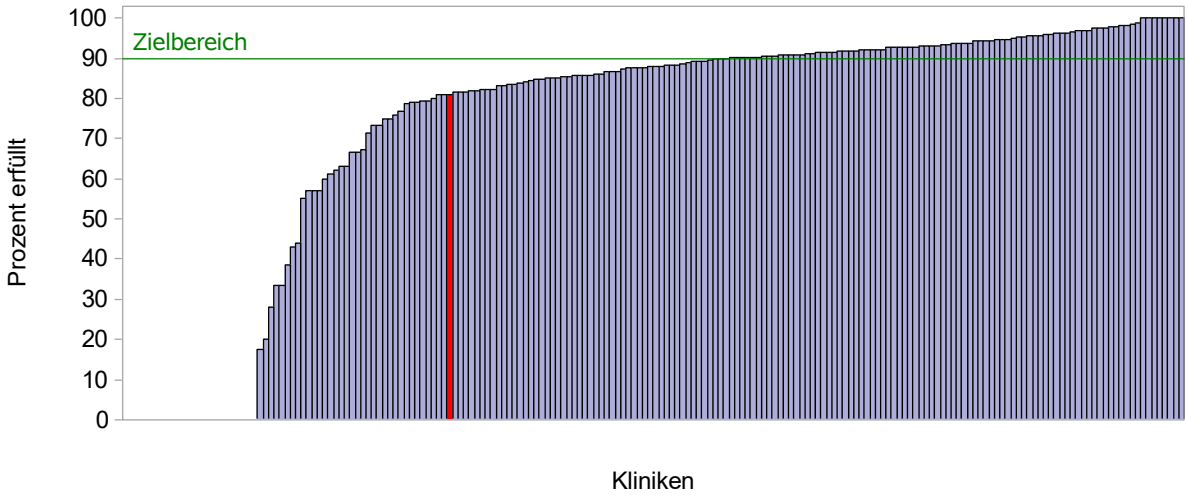


12.11 d) Door-to-needle time ≤ 60 Minuten ohne Altersbeschränkung

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	116	7826	7330	496
Anzahl Nenner	143	8968	8216	752
Qualitätsindikator erfüllt in %	81.1	87.3	89.2	66.0

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

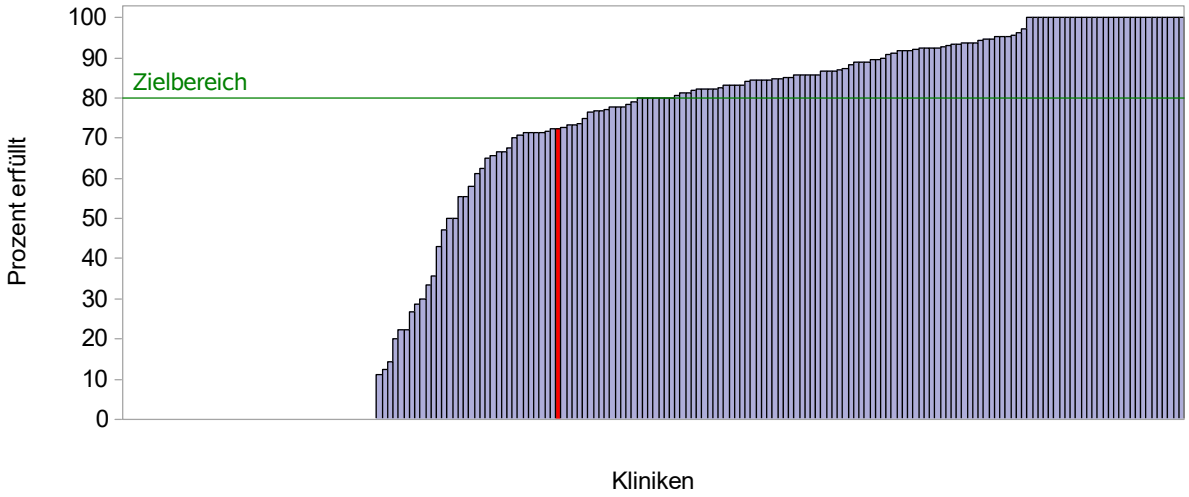


12.12 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose

Qualitätsziel:	Hoher Anteil frühzeitig mittels Revaskularisierung (Operation) behandelter Patienten mit symptomatischer Karotisstenose nach TIA oder nicht-behinderndem Hirninfarkt.
Zielbereich:	≥ 80%
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Patienten mit operativer Revaskularisierung (während des dokumentierten Aufenthaltes, verlegt (extern) zur Revaskulaisierung 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	34	2038	1880	158
Anzahl Nenner	47	2509	2295	214
Qualitätsindikator erfüllt in %	72.3	81.2	81.9	73.8

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.

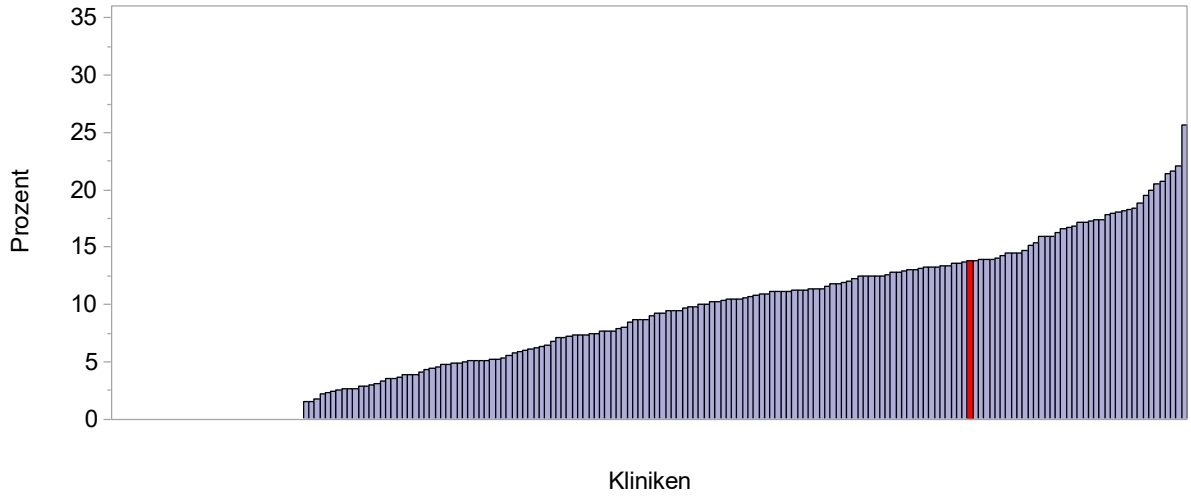
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	46	2457	2354	103
Anzahl Nenner	334	20232	19032	1200
EntlSt. "verstorben"	13.8	12.1	12.4	0.0

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		
1.42	0.99	bis	2.01

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.

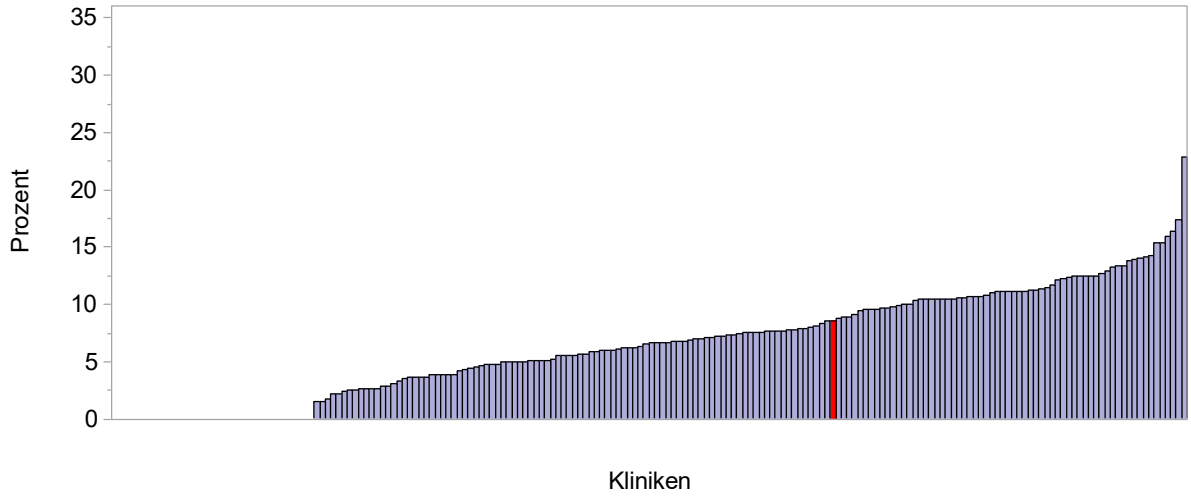
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	19	1221	1152	69
Anzahl Nenner	220	15166	14108	1058
EntlSt. "verstorben"	8.6	8.1	8.2	0.0

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
1.28	0.73	bis	2.13

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 Intraartrieller Therapie

Qualitätsziel:	Niedriger Anteil von Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben" nach Intraartrieller Therapie.
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben".
Nenner:	Alle Patienten mit Hirninfarkt und Intraartrieller 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.

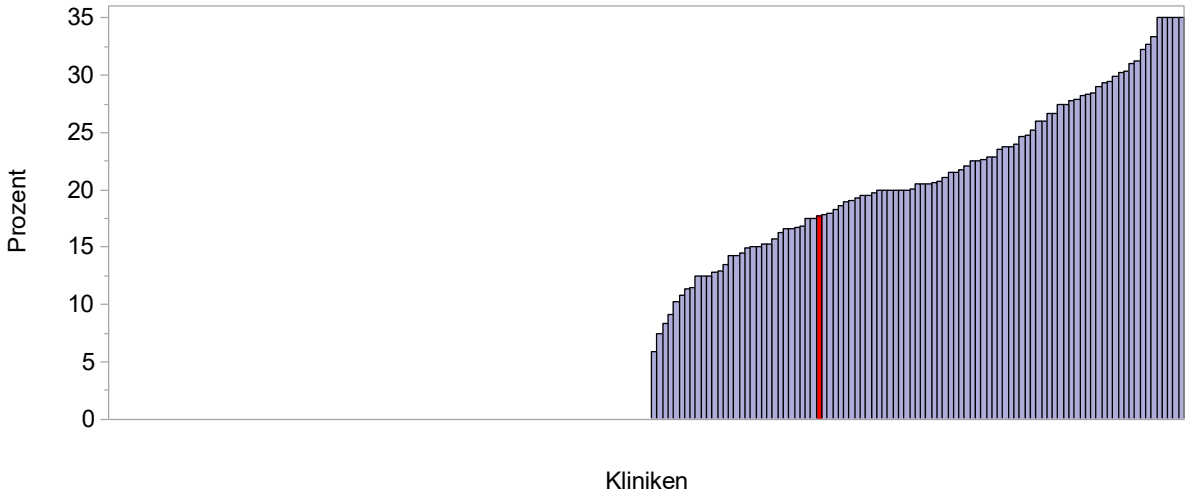
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	37	1866	1816	50
Anzahl Nenner	209	8903	8675	228
EntlSt. "verstorben"	17.7	21.0	20.9	0.0

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
1.06	0.71	bis	1.55

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

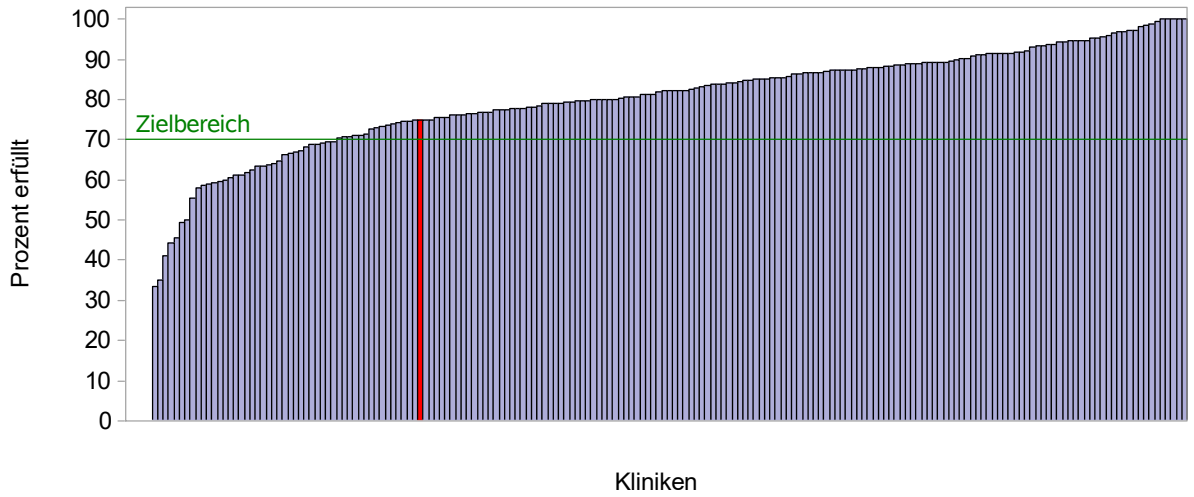


12.14 Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen

Qualitätsziel:	Hoher Anteil der Patienten, die nach Entlassung eine medizinische Rehabilitation nach Schlaganfall erhalten.
Zielbereich:	≥ 70%
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:	Alle Patienten ohne TIA, 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	243	21185	19394	1791
Anzahl Nenner	324	26356	23886	2470
Qualitätsindikator erfüllt in %	75.0	80.4	81.2	72.5

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

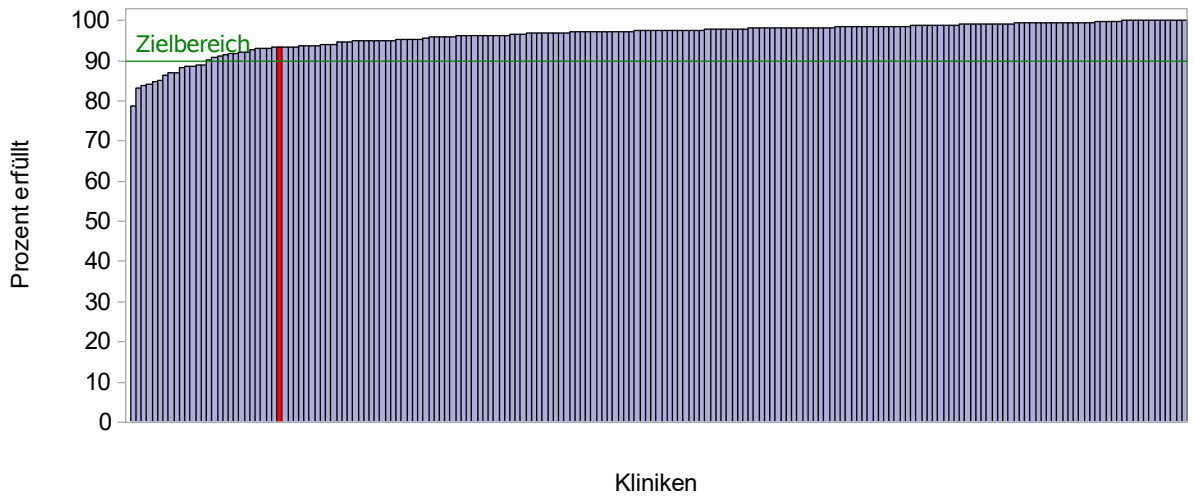


12.15 Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung

Qualitätsziel:	Gabe von Statinen bei Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA.
Zielbereich:	≥ 90%
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Patienten, die zum Entlassungszeitpunkt ein Statin erhielten oder denen ein Statin verordnet oder empfohlen wurde.
Nenner:	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA, die lebend entlassen wurden. Fälle mit palliativer 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	1255	100034	89908	10126
Anzahl Nenner	1343	104099	93513	10586
Qualitätsindikator erfüllt in %	93.4	96.1	96.1	95.7

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

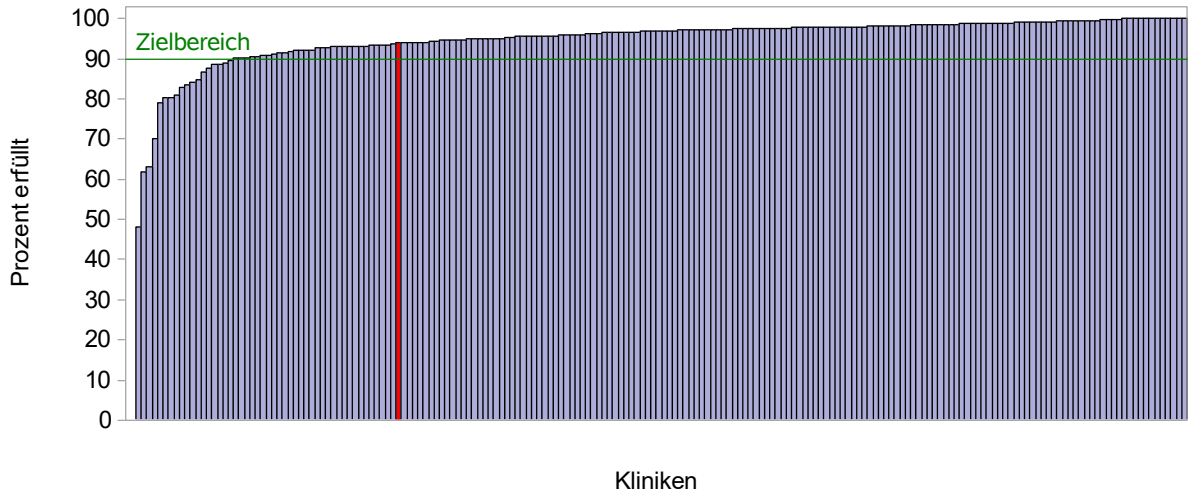


12.16 Vorhofflimmern-Diagnostik

Qualitätsziel:	Vorhofflimmern-Diagnostik bei Patienten mit Hirnfarkt oder TIA.
Zielbereich:	≥ 90%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	1025	78331	70571	7760
Anzahl Nenner	1090	81917	73642	8275
Qualitätsindikator erfüllt in %	94.0	95.6	95.8	93.8

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

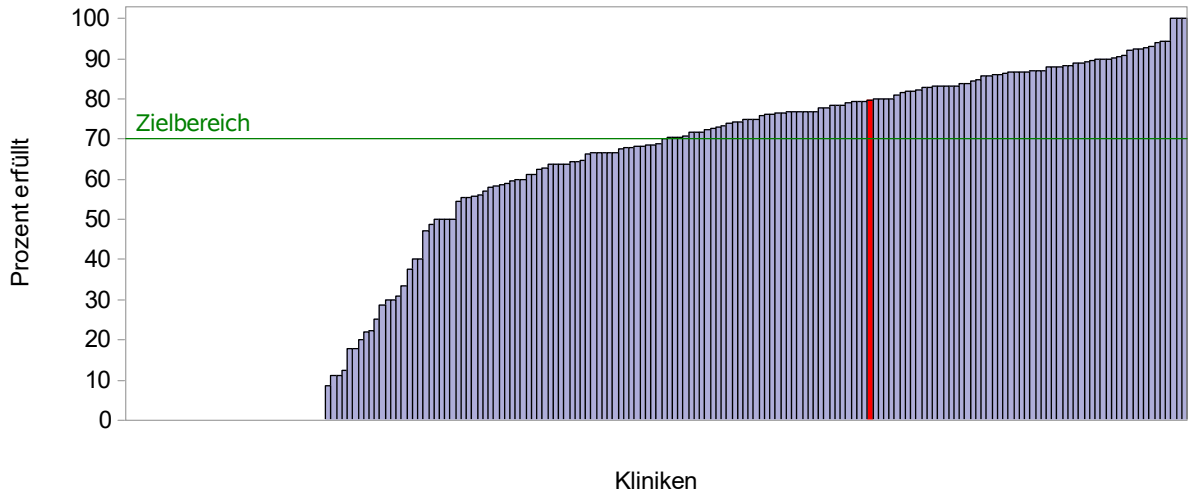


12.17 a) Intraartielle Therapie innerhalb von 6 Stunden nach Aufnahme

Qualitätsziel:	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt innerhalb von 6 Stunden nach Aufnahme.
Zielbereich:	≥ 70%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	117	5926	5694	232
Anzahl Nenner	147	7791	7363	428
Qualitätsindikator erfüllt in %	79.6	76.1	77.3	54.2

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

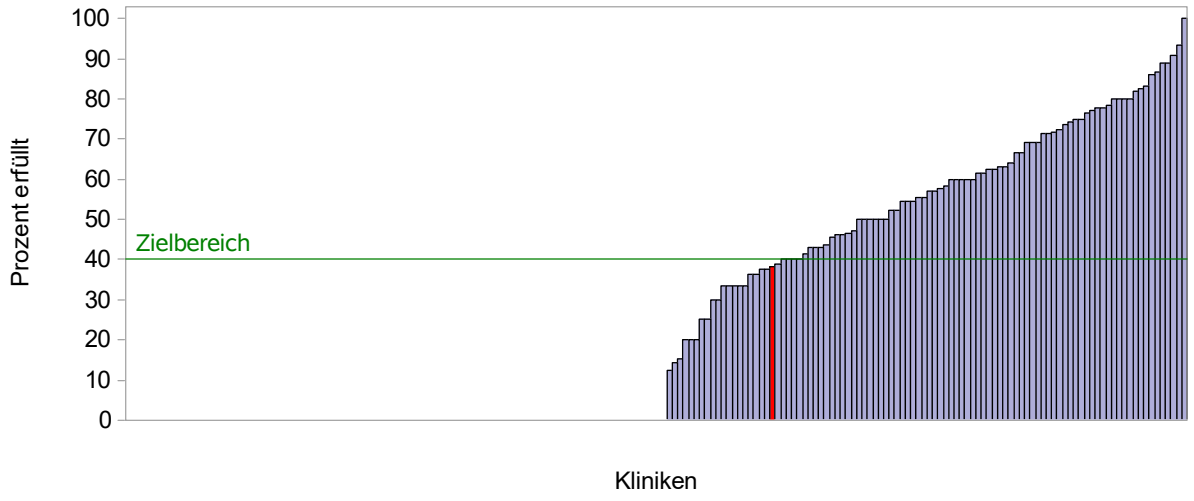


12.17 b) Intraartielle Therapie innerhalb von 7 bis 24 Stunden nach Aufnahme

Qualitätsziel:	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt Zeitfenster > 6-24 Stunden nach Aufnahme.
Zielbereich:	≥ 40%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	888	869	19
Anzahl Nenner	21	1525	1465	60
Qualitätsindikator erfüllt in %	38.1	58.2	59.3	0.0

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

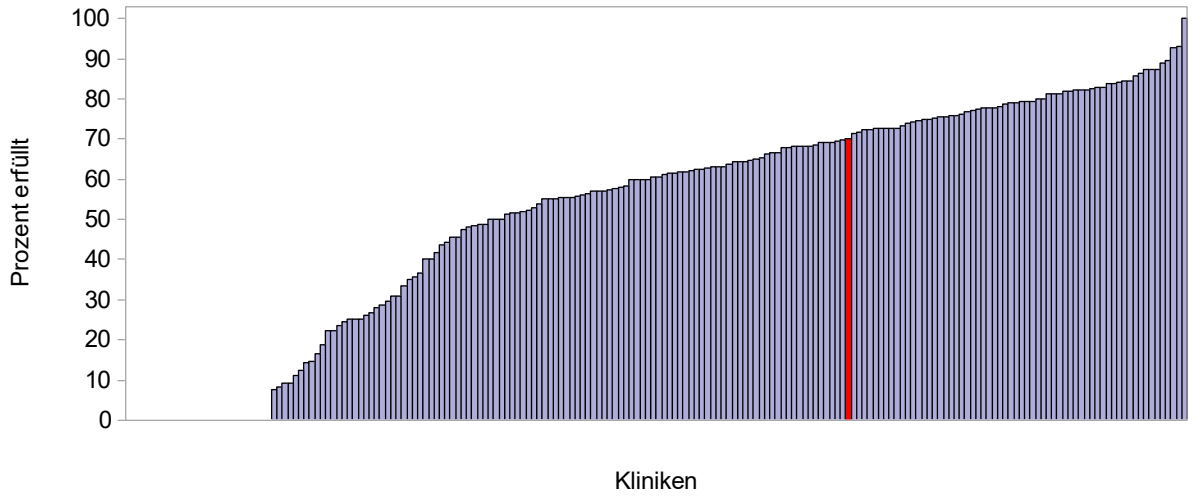


12.17 c) Intraartielle Therapie

Qualitätsziel:	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	149	8755	8384	371
Anzahl Nenner	212	12736	11979	757
Qualitätsindikator erfüllt in %	70.3	68.7	70.0	49.0

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

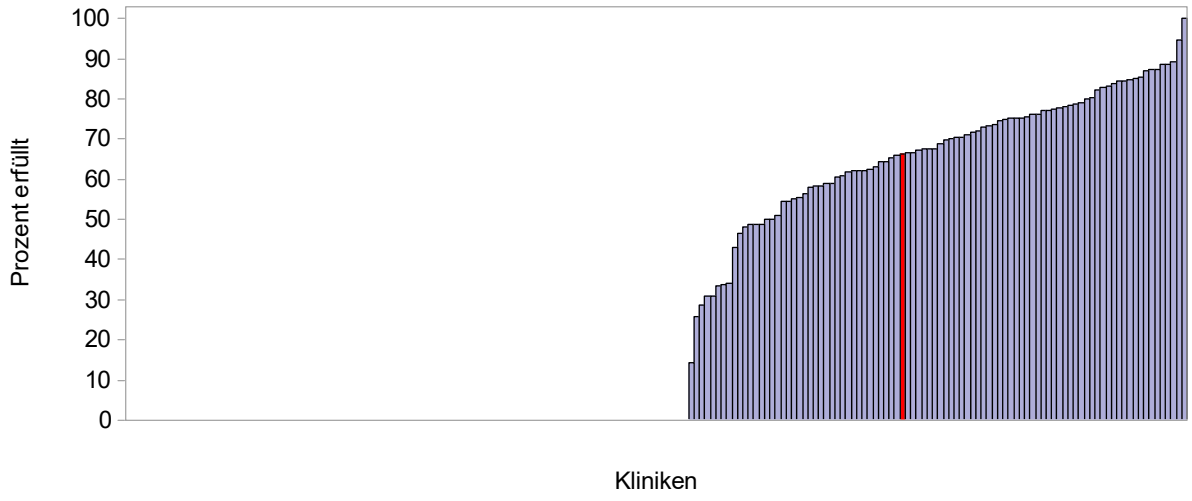


12.18 a) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	128	6014	5878	136
Anzahl Nenner	193	8668	8451	217
Qualitätsindikator erfüllt in %	66.3	69.4	69.6	62.7

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

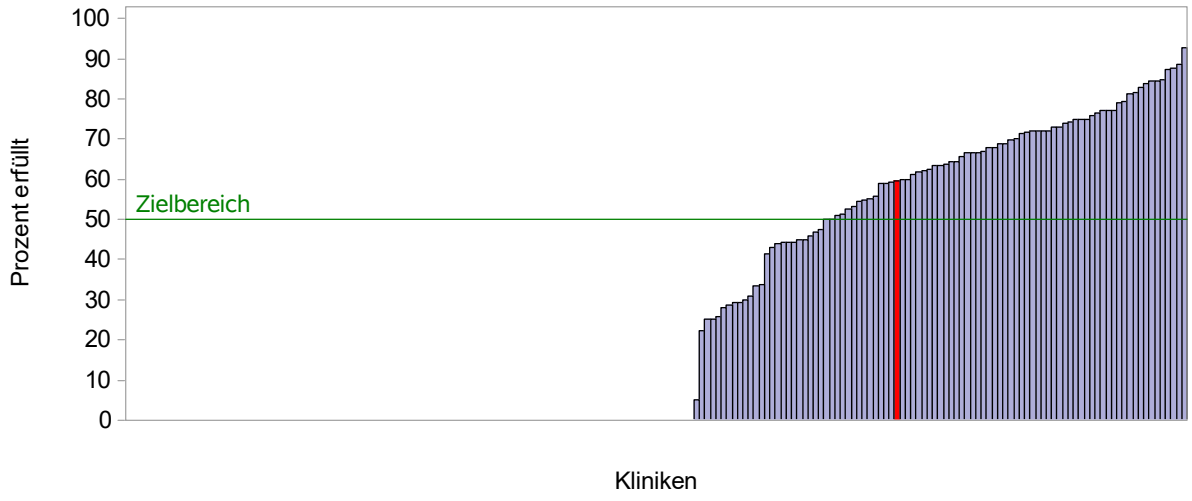


12.18 b) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse noch NICHT vor Aufnahme durchgeführt(Direct to Center))

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
Zielbereich:	≥ 50%
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 Direct to Center Fälle)
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Anzahl Zähler	87	3688	3589	99
Anzahl Nenner	146	5949	5780	169
Qualitätsindikator erfüllt in %	59.6	62.0	62.1	58.6

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

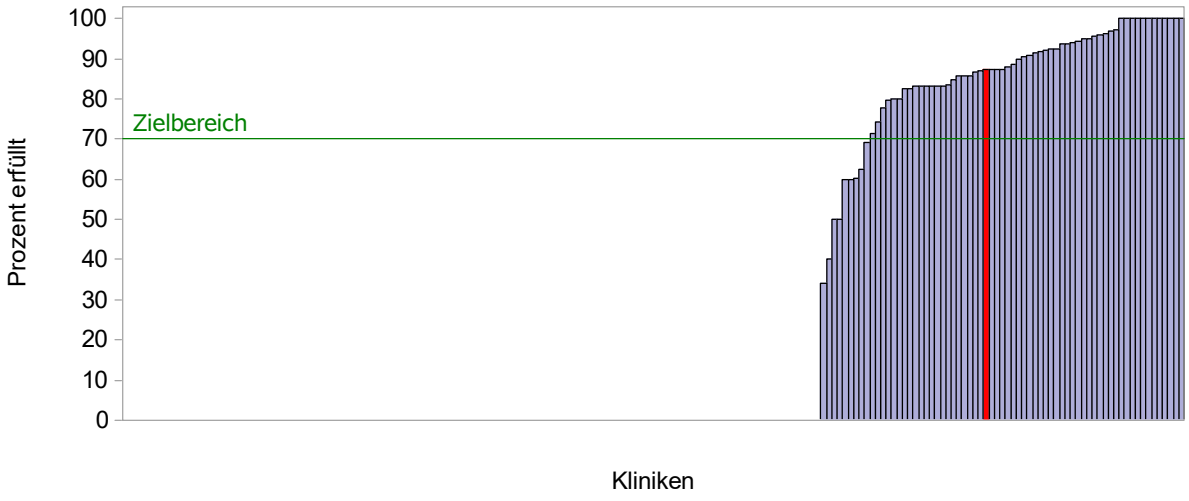


12.18 c) Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten (Bildgebende Diagnostik oder Lyse bereits vor Aufnahme durchgeführt (Drip and Ship))

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	41	2291	2256	35
Anzahl Nenner	47	2677	2631	46
Qualitätsindikator erfüllt in %	87.2	85.6	85.7	76.1

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

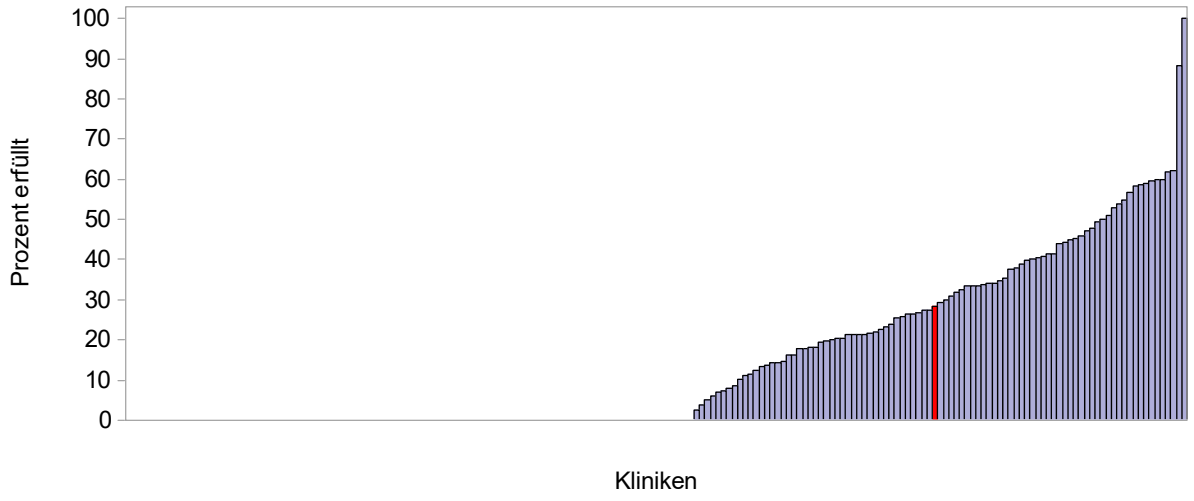


12.18 d) Door-to-Puncture-Time ≤ 60 Minuten

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	55	3015	2934	81
Anzahl Nenner	193	8668	8451	217
Qualitätsindikator erfüllt in %	28.5	34.8	34.7	37.3

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

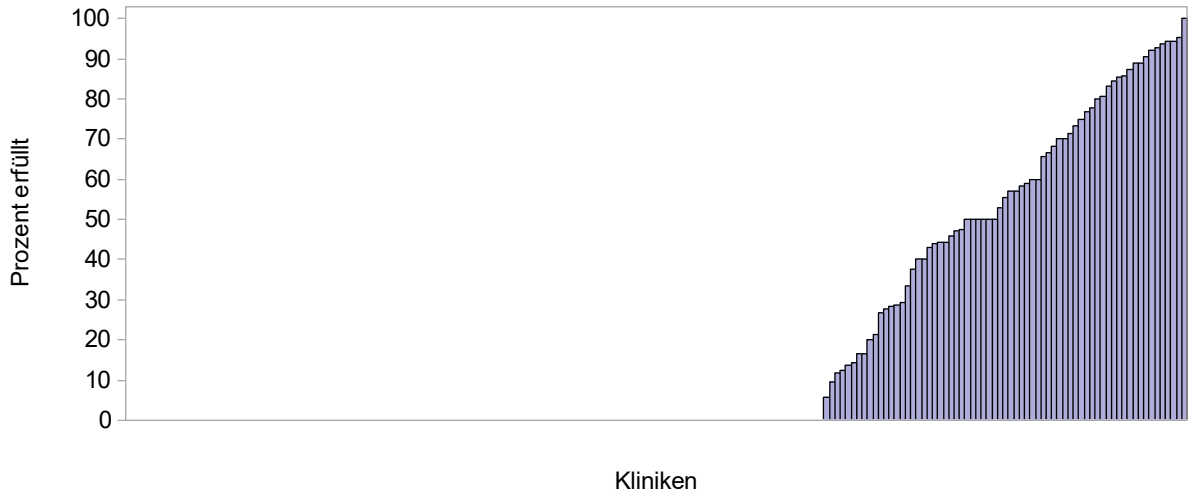


12.19 Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie innerhalb von 75 Minuten

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Bildgebung und Verlegung zur intrarteriellen Therapie
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	.	806	732	74
Anzahl Nenner	.	1404	1231	173
Qualitätsindikator erfüllt in %	.	57.4	59.5	42.8

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



12.20 Erreichen des Rekanalisationsziels

Qualitätsziel:	Möglichst oft Erreichen des Rekanalisationsziels (im Sinne der Gefäßwiedereröffnung).
Zielbereich:	≥ 80%
Berechnung des Qualitätsindikators	
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	176	7596	7406	190
Anzahl Nenner	193	8674	8455	219
Qualitätsindikator erfüllt in %	91.2	87.6	87.6	86.8

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

