



---

**Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin  
Universität Münster**

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

---

# **Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland**

**Auswertung 2017**

Zentrum 48

Kreisklinikum Siegen

Siegen

### **1. Allgemeine Hinweise**

Dieser Bericht schließt alle Patienten ein, die zwischen dem 01.01. und 31.12.2017 stationär aufgenommen wurden. Die Ergebnisdarstellung ist strikt gegliedert, eine Inhaltsübersicht finden Sie auf Seite 3.

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

### **2. Qualitätsindikatoren (QI)**

Die Qualitätsindikatoren wurden im Rahmen eines knapp zweijährigen Prozesses durch einen multidisziplinär besetzten Expertenkreis unter Koordination der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR) entwickelt. Der Prozess der Entwicklung der Qualitätsindikatoren sowie die Ergebnisse der prospektiven Pilotphase wurden veröffentlicht (Stroke 2006; 37: 2573-8). Die patientenbezogenen Qualitätsindikatoren werden seit Mitte 2006 in allen regionalen Qualitätssicherungsprojekten der ADSR umgesetzt. Ende 2009 wurden von der ADSR Zielbereiche in Form von Absolutwerten definiert. Die Zielbereiche werden im Konsens und anhand empirischer Daten aus den Registern festgelegt und regelmäßig modifiziert. Ebenso erfahren die Qualitätsindikatoren eine regelmäßige Überarbeitung. Die letzte Überarbeitung erfolgte im November 2017. 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 April 2018

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
0. Zusammenfassung der Qualitätsindikatoren	5
1. Übersichtsstatistik	7
1.1 Teilnehmende Einrichtungen	7
1.2 Anzahl und Monatsverteilung der Patienten	7
2. Basisdaten	8
3. Liegezeiten	8
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	9
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	17
8. Komplikationen während des stationären Aufenthaltes	17
9. Ende der Akutbehandlung	18
9.1 Ende der Akutbehandlung für alle Patienten	18
9.2 Ende der Akutbehandlung für Patienten mit Hirninfarkt	18
9.3 Ende der Akutbehandlung für Patienten mit intrazerebraler Blutung oder SAB	19
10. Geplante Rehabilitation nach Entlassung aus der Akutbehandlung	19
11. Auswertungen Lyse und Intraatrielle Therapie	20
11.1 Lyse/Intraatrielle Therapie (IAT)durchgeführt	20
11.2 Lyse bei Einweisung innerhalb der ersten 3 Stunden nach Ereignis	20
11.3 Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung	20
11.4 Zeit Aufnahme - Beginn Lyse	20

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
11.5 Zeit Aufnahme - Leistenpunktion	21
11.6 Zeit 1. Gefäßdiagnostik - Leistenpunktion	21
11.7 Rekanalisation	21
12. Qualitätsindikatoren	22
12.1 Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie	22
12.2 Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie	23
12.3 Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe	24
12.4 Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	25
12.5 Frühzeitige Mobilisierung	26
12.6 Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	27
12.7 a) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	28
12.7 b) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit Patientenverfügung	29
12.8 Pneumonierate nach Schlaganfall	30
12.9 Screening für Schluckstörungen	31
12.10 Anteil der Patienten mit Bildgebung innerhalb von 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" $\leq$ 4 Stunden	32
12.11 a) Frühe systemische Thrombolyse (NIHSS 4 bis 25, Alter 18 bis 80 Jahre)	33
12.11 b) Frühe systemische Thrombolyse	34
12.12 Behandlung auf einer Stroke Unit	35
12.13 Door-to-needle time $\leq$ 1 Stunde	36
12.14 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose	37
12.15 a) Sterblichkeit nach Rekanalisation	38
12.15 b) Sterblichkeit nach Rekanalisation exklusive Patienten mit Patientenverfügung	39
12.16 Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	25
12.17 Sekundärprävention - Antihypertensiva bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt	41
12.18 Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung	42
12.19 Vorhofflimmern-Diagnostik	43
12.20 Intraarterielle Therapie (IAT)	44
12.21 Door-To-Puncture-Time $\leq$ 90 Minuten	45
12.22 Frühzeitige Verlegung zur Intraarteriellen Therapie	46
12.23 Erreichen des Rekanalisationsziels	47

## 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 22 bis 47. Wird der Zielbereich erreicht, erscheint der QI-Wert grün, bei Unterschreiten des Ziels rot.

	Qualitätsindikator	Eigene Klinik %	Gesamtprojekt %	Zielbereich %	Seite
1	Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie	88.1	95.9	≥ 90	22
2	Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie	90.4	95.2	≥ 90	23
3	Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe	98.5	96.5	≥ 95	24
4	Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	97.1	92.0	≥ 80	25
5	Frühzeitige Mobilisierung	84.8	94.3	≥ 90	26
6	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	95.4	93.2	≥ 80	27
7a	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	7.0	3.9	nicht def.	28
7b	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit Patientenverfügung	2.8	2.0	nicht def.	29
8	Pneumonierate nach Schlaganfall	10.3	7.4	nicht def.	30
9	Screening für Schluckstörungen	86.2	92.5	≥ 90	31
10	Anteil der Patienten mit Bildgebung ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden	61.5	64.6	≥ 70	32
11a	Frühe systemische Thrombolyse (NIHSSA 4-25, Alter 18-80 Jahre)	58.8	65.1	nicht def.	33
11b	Frühe systemische Thrombolyse	38.0	43.5	nicht def.	34
12	Behandlung auf einer Stroke Unit	93.4	93.1	≥ 85	35
13	Door-to-needle time ≤ 1 Stunde	72.8	79.2	≥ 90	36
14	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose	60.0	69.3	≥ 60	37
15a	Sterblichkeit nach Rekanalisation	15.1	9.8	nicht def.	38
15b	Sterblichkeit nach Rekanalisation exklusive Patienten mit Patientenverfügung	8.3	6.3	nicht def.	39
16	Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	75.6	77.5	≥ 70	40
17	Sekundärprävention - Antihypertensiva bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt	98.6	96.8	≥ 95	41
18	Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung	92.5	86.1	≥ 80	42

	<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Eigene Klinik</b>	<b>Gesamtprojekt</b>	<b>Zielbereich</b>	<b>Seite</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	
19	Vorhofflimmern-Diagnostik	<b>94.7</b>	<b>93.8</b>	<b>≥ 80</b>	43
20	Intraarterielle Therapie (IAT)	<b>49.5</b>	<b>67.1</b>	<b>nicht def.</b>	44
21	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten	<b>64.5</b>	<b>65.1</b>	<b>nicht def.</b>	45
22	Frühzeitige Verlegung zur IAT	<b>0.0</b>	<b>39.2</b>	<b>nicht def.</b>	46
23	Erreichen des Rekanalisationsziels	<b>83.2</b>	<b>85.0</b>	<b>nicht def.</b>	47

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:	170	mit Fachabteilung Neurologie:	142
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	127
in NRW:	45		
in Niedersachsen:	33	mit Fachabteilung Innere Medizin:	26
in Bremen:	3	davon mit zertifizierter Stroke Unit:	5
in Schleswig Holstein:	2		
in Mecklenburg Vorpommern:	10	mit Fachabteilung Kardiologie:	1
in Sachsen:	21		
in Sachsen Anhalt:	9		
in Thüringen:	21	mit Fachabteilung Neurochirurgie:	1
in Brandenburg:	15	davon mit zertifizierter Stroke Unit:	1
im Saarland:	9		
in Luxemburg:	2		

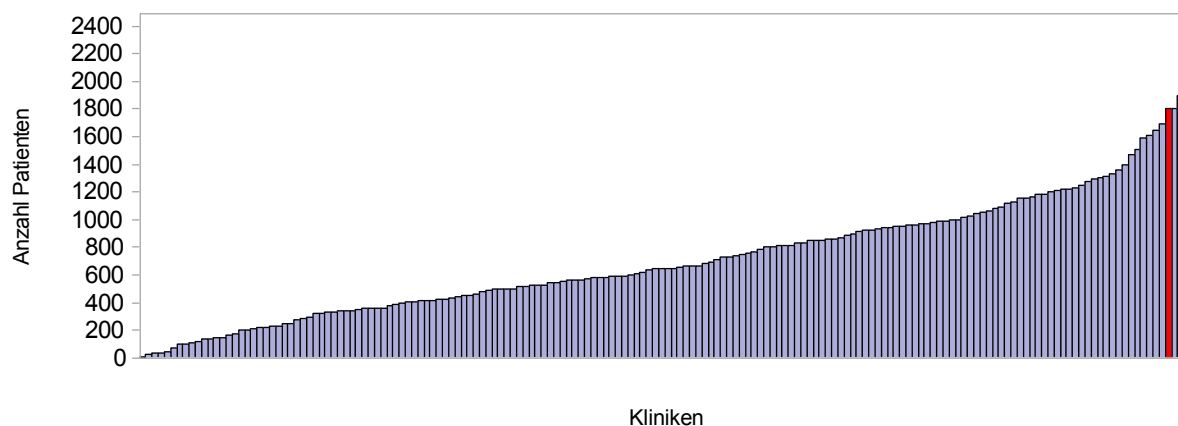
## 1.2 Anzahl und Monatsverteilung der Patienten

	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>erfasste Stroke Bögen</b>	1801	1.5	121130	100	110746	91.4	10384	8.6
vollst. dokumentiert <sup>1</sup>	1752	97.3	114778	94.8	105012	94.8	9766	94.0
<b>Minimaldatensätze (MDS) <sup>1</sup></b>	49	2.7	6352	5.2	5734	5.2	618	6.0
MDS: Ereignis älter 7 Tage <sup>2</sup>	38	77.6	3616	56.9	3233	56.4	383	62.0
MDS: sonstiger Grund <sup>2</sup>	11	22.4	2736	43.1	2501	43.6	235	38.0

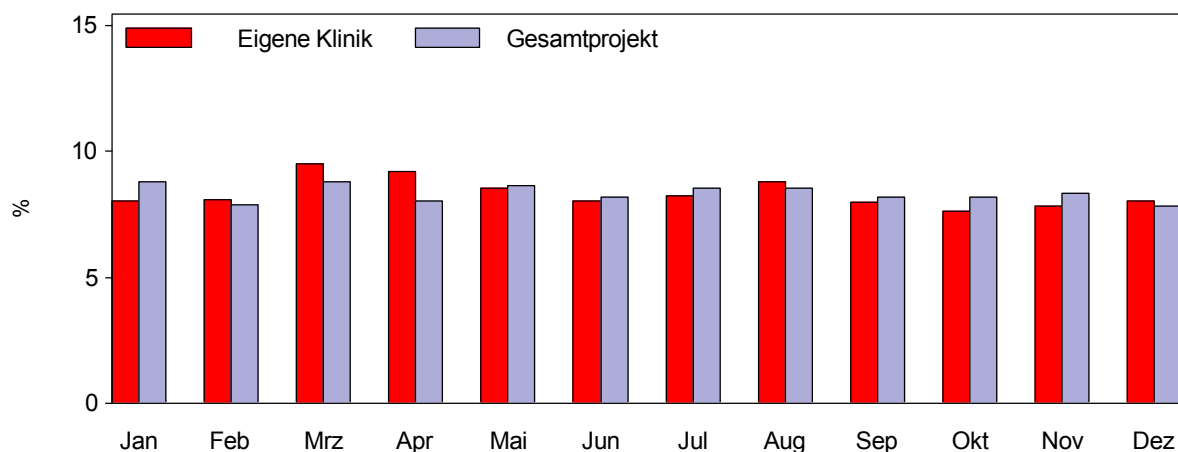
Je nach Strukturqualität der teilnehmenden Einrichtung Vergleich mit allen Einrichtungen mit bzw. ohne zertifizierte Stroke Unit.

<sup>1</sup> Prozentangabe bezogen auf erfasste Stroke Bögen, <sup>2</sup> Prozentangabe bezogen auf die Minimaldatensätze

Anzahl vollständig dokumentierter Patienten pro Klinik



Monatsverteilung aller vollständig dokumentierten Patienten



## 2. Basisdaten

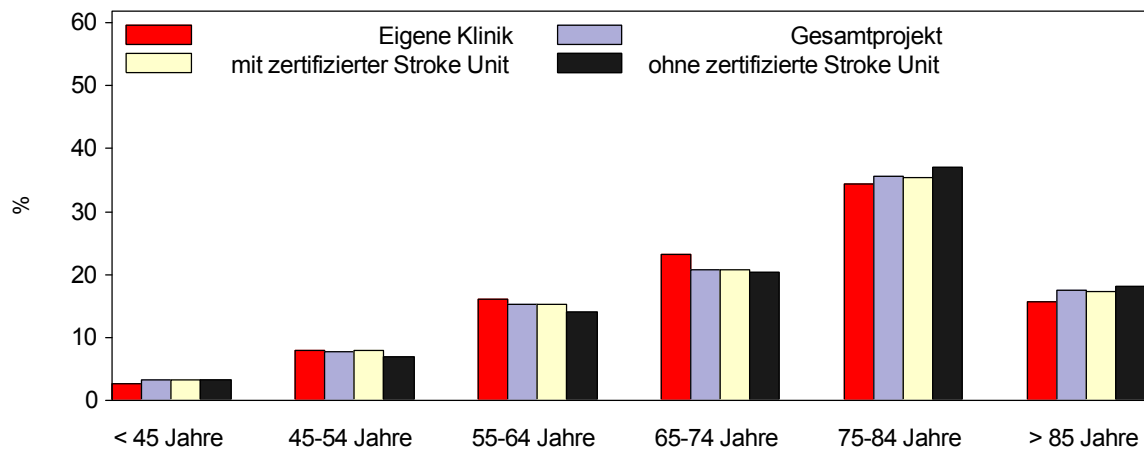
(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

Geschlecht	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	938	53.5	58732	51.2	53898	51.3	4834	49.5
weiblich	814	46.5	55918	48.7	51049	48.6	4869	49.9
fehlende Angabe	0	0.0	128	0.1	65	0.1	63	0.6

Durchschnittsalter	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
Mittelwert, Jahre	71.9		72.4		72.3		73.0	
Anteil $\geq$ 75 Jahre, %	50.2		53.0		52.8		55.3	
Anteil $\leq$ 60 Jahre, %	20.5		19.5		19.6		17.8	

Patientenverfügung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1497	85.4	92650	80.7	85345	81.3	7305	74.8
Ja	255	14.6	21638	18.9	19451	18.5	2187	22.4
fehlende Angabe	0	0.0	490	0.4	216	0.2	274	2.8

Altersverteilung in 10-Jahres-Gruppen

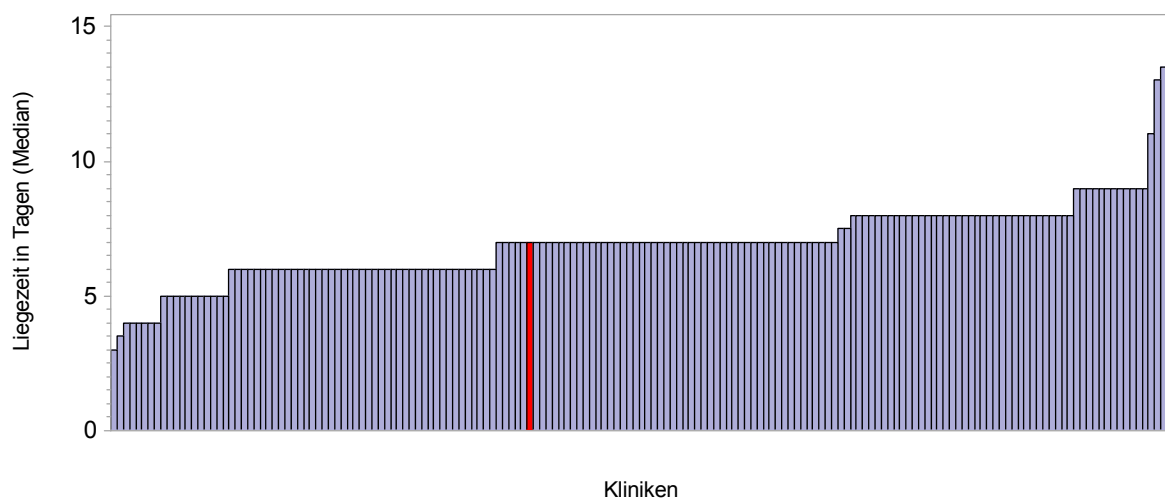


## 3. Liegezeiten

### 3.1 Liegezeit gesamt

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

Liegezeit in Tagen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
Mittelwert	8.8		8.6		8.7		8.0	
Median	7.0		7.0		7.0		6.0	

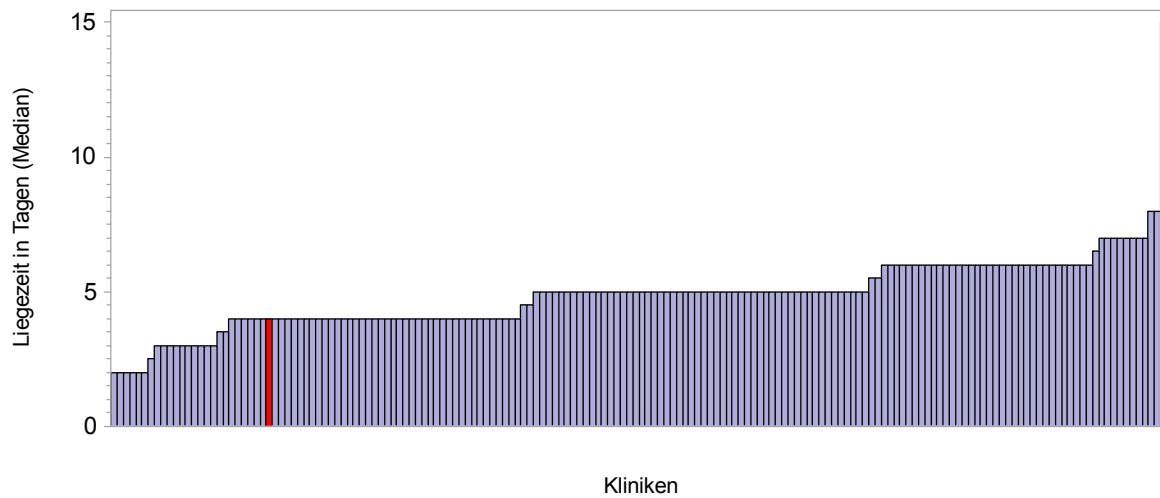




### 3.2 Liegezeit bei Patienten mit einer TIA

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hauptdiagnose TIA)

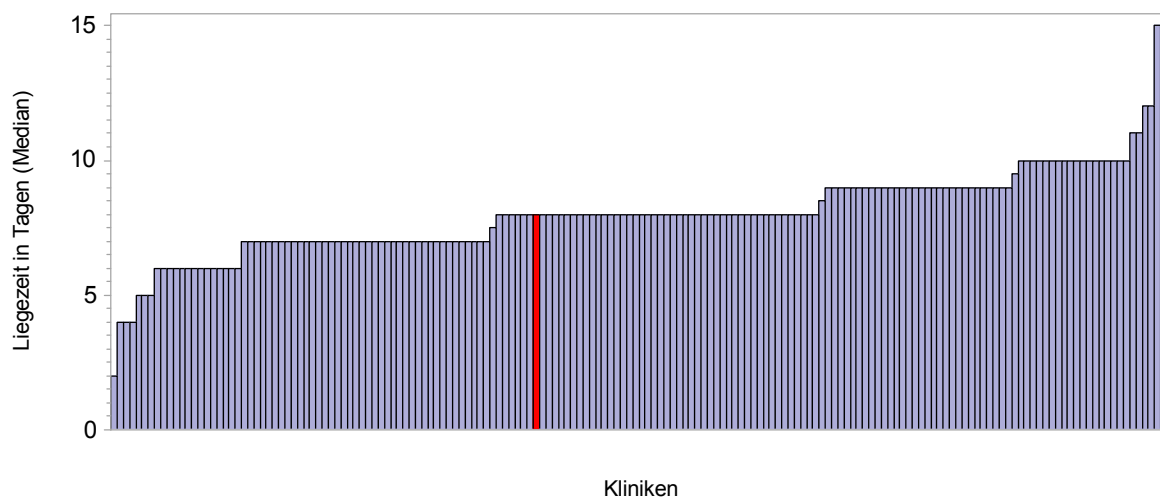
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	4.6	5.5	5.5	5.4
Median	4.0	5.0	5.0	5.0



### 3.3 Liegezeit bei Patienten mit Hirninfarkt

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hauptdiagnose Hirninfarkt)

Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	9.9	9.6	9.7	9.1
Median	8.0	8.0	8.0	8.0



### 3.4 Liegezeit auf Stroke Unit

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

Liegezeit auf SU in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	1.7	3.0	3.0	3.1
Median	1.0	3.0	3.0	3.0

## 4. Aufnahmedaten

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten ohne Verlegungen)

Zeitdifferenz Ereignis-Aufnahme	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 1 Stunde	71	4.4	8677	8.8	7968	8.9	709	8.1
> 1-2 Stunden	311	19.4	18242	18.6	16581	18.6	1661	18.9
> 2-3 Stunden	249	15.6	10565	10.8	9588	10.7	977	11.1
> 3-3.5 Stunden	71	4.4	3469	3.5	3121	3.5	348	4.0
> 3.5-4 Stunden	71	4.4	2871	2.9	2598	2.9	273	3.1
> 4-6 Stunden	199	12.4	8812	9.0	7923	8.9	889	10.1
> 6-24 Stunden	280	17.5	19465	19.8	17682	19.8	1783	20.2
> 24-48 Stunden	81	5.1	6405	6.5	5746	6.4	659	7.5
> 48 Stunden	138	8.6	9328	9.5	8615	9.6	713	8.1
unbekannt	128	8.0	10211	10.4	9467	10.6	744	8.4
fehlende Angabe	0	0.0	112	0.1	62	0.1	50	0.6

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

Einweisung: Übernahme des Patienten	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	1599	91.3	96957	84.5	88151	83.9	8806	90.2
aus externer Klinik	143	8.2	12797	11.1	12360	11.8	437	4.5
interne Hausverlegung	10	0.6	3515	3.1	3165	3.0	350	3.6
fehlende Angabe	0	0.0	1509	1.3	1336	1.3	173	1.8

Aufnahmestation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allgemeinstation	186	10.6	11498	10.0	10583	10.1	915	9.4
Stroke Unit	1508	86.1	95099	82.9	86898	82.8	8201	84.0
Intensivstation	58	3.3	6761	5.9	6220	5.9	541	5.5
fehlende Angabe	0	0.0	1420	1.2	1311	1.2	109	1.1

Aufenthalt auf SU	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	226	12.9	12875	11.2	11836	11.3	1039	10.6
Ja	1526	87.1	101866	88.8	93165	88.7	8701	89.1
fehlende Angabe	0	0.0	37	0.0	11	0.0	26	0.3

## 5. Klinische Parameter

### 5.1 Klassifikation akutes Ereignis

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

ICD-10 Klassifikation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
G45: Transitorisch ischämische Attacke	419	23.9	30886	26.9	28035	26.7	2851	29.2
I60: Subarachnoidalblutung	29	1.7	942	0.8	879	0.8	63	0.6
I61: Intrazerebrale Blutung	98	5.6	6066	5.3	5644	5.4	422	4.3
I63: Hirninfarkt	1203	68.7	76416	66.6	70196	66.8	6220	63.7
I64: Schlaganfall nicht Blutung/nicht Infarkt	3	0.2	326	0.3	209	0.2	117	1.2
Anderer ICD-10 Klassifikation	0	0.0	110	0.1	41	0.0	69	0.7
fehlende Angabe	0	0.0	32	0.0	8	0.0	24	0.2

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

InfarktätioLOGIE	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
atherothrombotisch	317	26.4	16939	22.2	15399	21.9	1540	24.8
kardiogen-embolisch	407	33.8	23706	31.0	21982	31.3	1724	27.7
mikroangiopathisch	184	15.3	15560	20.4	14247	20.3	1313	21.1
andere gesicherte Ursache	48	4.0	2748	3.6	2531	3.6	217	3.5
unklare Ätiologie	217	18.0	12468	16.3	11487	16.4	981	15.8
konkurrierende Ursache	27	2.2	2981	3.9	2691	3.8	290	4.7
fehlende Angabe	3	0.2	2014	2.6	1859	2.6	155	2.5

### 5.2 Rankin Scale

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

Rankin Scale bei Aufnahme	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0: keine Symptome	277	15.8	16400	14.3	15063	14.4	1337	13.8
1: keine Funktionseinschränkung	294	16.8	20085	17.5	18219	17.4	1866	19.3
2: geringe Funktionseinschränkung	327	18.7	25233	22.0	23090	22.0	2143	22.2
3: mäßige Funktionseinschränkung	290	16.6	21799	19.0	19927	19.0	1872	19.4
4: mittlere Funktionseinschränkung	264	15.1	15055	13.1	13740	13.1	1315	13.6
5: schwere Funktionseinschränkung	300	17.1	15934	13.9	14872	14.2	1062	11.0
fehlende Angabe	0	0.0	130	0.1	52	0.0	78	0.8

Rankin Scale bei Entlassung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0: keine Symptome	558	31.8	35867	31.3	32947	31.4	2920	30.2
1: keine Funktionseinschränkung	295	16.8	22766	19.9	20589	19.6	2177	22.5
2: geringe Funktionseinschränkung	263	15.0	19912	17.4	18257	17.4	1655	17.1
3: mäßige Funktionseinschränkung	200	11.4	12539	10.9	11468	10.9	1071	11.1
4: mittlere Funktionseinschränkung	173	9.9	9094	7.9	8376	8.0	718	7.4
5: schwere Funktionseinschränkung	110	6.3	8106	7.1	7492	7.1	614	6.3
6: Tod	153	8.7	6038	5.3	5646	5.4	392	4.1
fehlende Angabe	0	0.0	314	0.3	188	0.2	126	1.3

## 5.3 Barthel Index

### Barthel Index bei Aufnahme

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

Blasenkontrolle	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
kontinent	1227	70.0	80021	69.8	73446	70.0	6575	68.0
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	207	11.8	13236	11.5	11983	11.4	1253	13.0
inkontinent	318	18.2	21249	18.5	19465	18.5	1784	18.4
fehlende Angabe	0	0.0	130	0.1	69	0.1	61	0.6

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	841	48.0	54272	47.3	50376	48.0	3896	40.3
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	320	18.3	24739	21.6	22197	21.1	2542	26.3
große Unterstützung	223	12.7	16016	14.0	14319	13.6	1697	17.5
vollständig abhängig	368	21.0	19474	17.0	18001	17.1	1473	15.2
fehlende Angabe	0	0.0	135	0.1	70	0.1	65	0.7

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	784	44.7	46798	40.8	43342	41.3	3456	35.7
geringe Unterstützung (Gehhilfe)	321	18.3	25853	22.6	23280	22.2	2573	26.6
unabhängig im Rollstuhl	226	12.9	17918	15.6	16075	15.3	1843	19.1
vollständig abhängig	421	24.0	23921	20.9	22194	21.1	1727	17.9
fehlende Angabe	0	0.0	146	0.1	72	0.1	74	0.8

### Barthel Index bei Entlassung

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

Blasenkontrolle	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
kontinent	1252	78.3	81722	75.3	75012	75.5	6710	72.3
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	195	12.2	12518	11.5	11327	11.4	1191	12.8
inkontinent	152	9.5	14079	13.0	12799	12.9	1280	13.8
fehlende Angabe	0	0.0	277	0.3	178	0.2	99	1.1

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	1038	64.9	69649	64.1	64334	64.8	5315	57.3
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	257	16.1	18559	17.1	16499	16.6	2060	22.2
große Unterstützung	150	9.4	10769	9.9	9785	9.9	984	10.6
vollständig abhängig	154	9.6	9354	8.6	8533	8.6	821	8.8
fehlende Angabe	0	0.0	265	0.2	165	0.2	100	1.1

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	965	60.4	62900	57.9	58029	58.4	4871	52.5
geringe Unterstützung (Gehhilfe)	287	17.9	20991	19.3	18788	18.9	2203	23.7
unabhängig im Rollstuhl	153	9.6	11983	11.0	10884	11.0	1099	11.8
vollständig abhängig	194	12.1	12446	11.5	11441	11.5	1005	10.8
fehlende Angabe	0	0.0	276	0.3	174	0.2	102	1.1

### Barthel-Summenscore

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

Barthel-Summenscore	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert bei Aufnahme	71.5	69.7	70.0	67.4
Mittelwert bei Entlassung	78.9	78.0	78.1	76.0
Barthel-Differenz*	7.5	8.2	8.2	8.6

\*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	761	43.4	52566	45.9	47994	45.7	4572	47.3
Ja	987	56.3	60996	53.2	56036	53.4	4960	51.3
nicht bestimmbar	4	0.2	1005	0.9	896	0.9	109	1.1
fehlende Angabe	0	0.0	69	0.1	37	0.0	32	0.3

Sprachstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1228	70.1	83204	72.6	76429	72.8	6775	70.0
Ja	516	29.5	29654	25.9	26966	25.7	2688	27.8
nicht bestimmbar	8	0.5	1658	1.4	1496	1.4	162	1.7
fehlende Angabe	0	0.0	120	0.1	72	0.1	48	0.5

Sprechstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	959	54.7	71296	62.2	65245	62.2	6051	62.6
Ja	780	44.5	40974	35.7	37609	35.8	3365	34.8
nicht bestimmbar	13	0.7	2207	1.9	2007	1.9	200	2.1
fehlende Angabe	0	0.0	159	0.1	102	0.1	57	0.6

Schluckstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1318	75.2	91647	79.9	83821	79.9	7826	80.9
Ja	423	24.1	19334	16.9	17998	17.1	1336	13.8
nicht bestimmbar	11	0.6	3286	2.9	2892	2.8	394	4.1
fehlende Angabe	0	0.0	369	0.3	252	0.2	117	1.2

Bewußtsein	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
wach	1615	92.2	105065	91.7	96247	91.7	8818	91.2
somnolent-stuporös	106	6.1	7364	6.4	6725	6.4	639	6.6
komatös	31	1.8	2036	1.8	1915	1.8	121	1.3
fehlende Angabe	0	0.0	171	0.1	76	0.1	95	1.0

## 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	2.9	6.0	6.0	5.8
Median	2.0	4.0	4.0	4.0

## 5.6 Komorbiditäten

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

Komorbidität	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabetes	435	24.8	31185	27.2	28412	27.1	2773	28.7
Hypertonie	1498	85.5	96105	83.8	87870	83.7	8235	85.1
Vorhofflimmern (vorbekannt)	311	17.8	22162	19.3	20319	19.4	1843	19.1
Vorhofflimmern (neu diagn.)	98	5.6	8259	7.2	7523	7.2	736	7.6
Früherer Herzinfarkt	153	8.7	10233	8.9	9377	8.9	856	8.8
Früherer Schlaganfall	402	22.9	28800	25.1	26395	25.1	2405	24.9
Hypercholesterinämie	1253	71.5	64580	56.3	59039	56.2	5541	57.3

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	2	0.1	318	0.3	283	0.3	35	0.4
1. Bildg. extern vor Aufnahme	129	7.4	11456	10.0	11019	10.5	437	4.5
1. Bildg. im eigenen Haus	1621	92.5	102831	89.7	93631	89.2	9200	95.1
fehlende Angabe	0	0.0	31	0.0	30	0.0	1	0.0

Art der Bildgebung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CT	472	29.1	92234	89.7	83983	89.7	8251	89.7
MRT	1305	80.5	46876	45.6	43578	46.5	3298	35.8

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

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	629	38.8	41428	40.3	37996	40.6	3432	37.3
> 0.5-1 Stunde	340	21.0	23579	22.9	21159	22.6	2420	26.3
> 1-3 Stunden	417	25.7	26502	25.8	24274	25.9	2228	24.2
> 3-6 Stunden	92	5.7	6299	6.1	5913	6.3	386	4.2
> 6 Stunden	76	4.7	3719	3.6	3329	3.6	390	4.2
fehlende Angabe	67	4.1	1304	1.3	960	1.0	344	3.7

\*Prozent bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten Bildgebungen.

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung in Minuten*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
95% Perzentil	349		284		283		307	
50% Perzentil: Median	40.0		40.0		40.0		40.0	
5% Perzentil	8.0		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	356	20.3	39867	34.8	36002	34.3	3865	40.0
vor Aufnahme	80	4.6	3679	3.2	3504	3.3	175	1.8
im eigenen Haus < 48h	1261	72.0	65156	56.8	59982	57.1	5174	53.5
im eigenen Haus ≥ 48h	52	3.0	5795	5.1	5402	5.1	393	4.1
fehlende Angabe	3	0.2	139	0.1	73	0.1	66	0.7

Hirngefäßdiagnostik (Doppler /Duplex)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	143	8.2	13684	11.9	12572	12.0	1112	11.5
vor Aufnahme	36	2.1	681	0.6	616	0.6	65	0.7
im eigenen Haus < 48h	1476	84.2	90475	78.9	82808	78.9	7667	79.3
im eigenen Haus ≥ 48h	96	5.5	9377	8.2	8674	8.3	703	7.3
fehlende Angabe	1	0.1	419	0.4	293	0.3	126	1.3

Gefäßverschluss*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1455	85.9	93858	85.3	85594	84.9	8264	90.7
Ja	239	14.1	14711	13.4	13968	13.8	743	8.2
fehlende Angabe	0	0.0	1411	1.3	1308	1.3	103	1.1

\*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	47	2.7	2451	2.1	2298	2.2	153	1.6
M1	86	4.9	5325	4.6	5108	4.9	217	2.2
M2	23	1.3	2662	2.3	2561	2.4	101	1.0
BA	12	0.7	819	0.7	780	0.7	39	0.4
Sonstige	100	5.7	5211	4.5	4940	4.7	271	2.8

\*Bezogen auf alle vollständig dokumentierten Patienten mit Schlaganfall, Mehrfachnennungen möglich

Verlegung nach Primärdiagnostik /-therapie (innerh. 24h)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1730	98.7	111189	96.9	101950	97.1	9239	94.6
Ja	21	1.2	3445	3.0	2990	2.8	455	4.7
fehlende Angabe	1	0.1	144	0.1	72	0.1	72	0.7

Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 30 Minuten	2	9.5	538	15.6	497	16.6	41	9.0
≥ 30 - < 60 Minuten	0	0.0	976	28.3	895	29.9	81	17.8
≥ 60 - < 120 Minuten	7	33.3	927	26.9	758	25.4	169	37.1
≥ 120 Minuten	12	57.1	989	28.7	829	27.7	160	35.2
fehlende Angabe	0	0.0	15	0.4	11	0.4	4	0.9

\*Bezogen auf alle vollständig dokumentierten Patienten mit Schlaganfall, die innerhalb von 24 Stunden verlegt wurden.

Langzeit-EKG (mindestens 24h)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	145	8.3	11699	10.2	10295	9.8	1404	14.5
Ja	1607	91.7	102796	89.7	94586	90.1	8210	84.9
fehlende Angabe	0	0.0	141	0.1	82	0.1	59	0.6

Schlucktestung nach Protokoll	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	338	19.3	12759	11.1	11461	10.9	1298	13.4
Ja	1414	80.7	101670	88.7	93407	89.0	8263	85.4
fehlende Angabe	0	0.0	207	0.2	95	0.1	112	1.2

Ipsilaterale ACI-Stenose	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1570	89.6	99442	86.7	91049	86.7	8393	86.8
< 50%	15	0.9	3438	3.0	3183	3.0	255	2.6
50-< 70%	21	1.2	2216	1.9	2016	1.9	200	2.1
70-99%	71	4.1	3805	3.3	3545	3.4	260	2.7
100% (Verschluss)	49	2.8	3383	3.0	3169	3.0	214	2.2
nicht untersucht	26	1.5	2157	1.9	1907	1.8	250	2.6
fehlende Angabe	0	0.0	195	0.2	94	0.1	101	1.0

Operative Revaskularisation der ACI veranlaßt oder empfohlen*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	24	33.8	721	18.9	664	18.7	57	21.9
Verlegt zur OP	6	8.5	1017	26.7	918	25.9	99	38.1
Verlegt zum Stenting	0	0.0	114	3.0	106	3.0	8	3.1
OP während dok. Aufenth.	1	1.4	871	22.9	834	23.5	37	14.2
Stenting während dok. Aufenth.	38	53.5	661	17.4	646	18.2	15	5.8
Sonstiges	2	2.8	389	10.2	353	10.0	36	13.8
fehlende Angabe	0	0.0	32	0.8	24	0.7	8	3.1

\*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)

Antikoagulation, einschl. Empfehlung im Entlassungsbrief	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1199	73.9	76359	71.2	70172	71.4	6187	68.2
Vit.K-Antagonisten einschl. Heparin	172	10.6	10258	9.6	9331	9.5	927	10.2
neue orale Antikoag. fehlende Angabe	251	15.5	20219	18.8	18479	18.8	1740	19.2
	0	0.0	466	0.4	249	0.3	217	2.4

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt oder TIA, die lebend entlassen werden)

Thrombozytenaggregations- hemmer bei Entlassung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	364	24.1	26757	26.0	24563	26.1	2194	25.0
Ja	1146	75.9	75944	73.9	69417	73.8	6527	74.4
fehlende Angabe	0	0.0	104	0.1	58	0.1	46	0.5

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

Beatmung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1703	97.2	109076	95.1	99688	95.0	9388	97.1
Ja	49	2.8	5354	4.7	5162	4.9	192	2.0
fehlende Angabe	0	0.0	206	0.2	113	0.1	93	1.0

Antihypertensiva	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	343	19.6	20911	18.2	19310	18.4	1601	16.6
Ja	1409	80.4	93602	81.7	85592	81.5	8010	82.8
fehlende Angabe	0	0.0	123	0.1	61	0.1	62	0.6

Antidiabetika	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	1363	77.8	86343	75.3	79255	75.5	7088	73.3
Ja	389	22.2	26957	23.5	24447	23.3	2510	25.9
fehlende Angabe	0	0.0	1336	1.2	1261	1.2	75	0.8

Statine	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	296	16.9	22807	19.9	20701	19.7	2106	21.8
Ja	1456	83.1	91665	80.0	84189	80.2	7476	77.3
fehlende Angabe	0	0.0	164	0.1	73	0.1	91	0.9



## 7.2 Frühzeitige Rehabilitation

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

Physiotherapie /Ergotherapie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	437	24.9	11738	10.2	10837	10.3	901	9.3
≤ Tag 2 nach Aufnahme	1234	70.4	101215	88.3	92644	88.3	8571	88.6
> Tag 2 nach Aufnahme	81	4.6	1593	1.4	1438	1.4	155	1.6
fehlende Angabe	0	0.0	90	0.1	44	0.0	46	0.5

Logopädie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	571	32.6	22111	19.3	20327	19.4	1784	18.4
≤ Tag 2 nach Aufnahme	1121	64.0	90906	79.3	83249	79.3	7657	79.2
> Tag 2 nach Aufnahme	60	3.4	1450	1.3	1298	1.2	152	1.6
fehlende Angabe	0	0.0	169	0.1	89	0.1	80	0.8

Mobilisierung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	430	24.5	9318	8.1	8569	8.2	749	7.7
≤ Tag 2 nach Aufnahme	1262	72.0	102961	89.8	94311	89.9	8650	89.4
> Tag 2 nach Aufnahme	60	3.4	2100	1.8	1960	1.9	140	1.4
fehlende Angabe	0	0.0	257	0.2	123	0.1	134	1.4

## 8. Komplikationen während des stationären Aufenthalts

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

Komplikation(en)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
fehlende Angabe	0	0.0	178	0.2	120	0.1	58	0.6
Patienten ohne Komplikation(en)	1347	76.9	91509	79.8	83647	79.7	7862	81.3
<b>Patienten mit Komplikation(en)</b>	<b>405</b>	<b>23.1</b>	<b>22949</b>	<b>20.0</b>	<b>21196</b>	<b>20.2</b>	<b>1753</b>	<b>18.1</b>

Art der Komplikation(en)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pneumonie	159	9.1	6870	6.0	6429	6.1	441	4.6
erhöhter Hirndruck	69	3.9	2175	1.9	2077	2.0	98	1.0
Harnwegsinfektion	47	2.7	5616	4.9	5146	4.9	470	4.9
Reinfarkt	53	3.0	1390	1.2	1292	1.2	98	1.0
Intrazerebrale Blutung	26	1.5	1938	1.7	1782	1.7	156	1.6
Thrombose	8	0.5	366	0.3	349	0.3	17	0.2
Andere Komplikationen	204	11.6	10841	9.5	9958	9.5	883	9.1

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

## 9. Ende der Akutbehandlung

### 9.1 Ende der Akutbehandlung für alle Patienten

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

Entlassung /Verlegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Beh. regulär beendet	1103	63.0	72187	63.0	65919	62.8	6268	64.8
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	11	0.6	2357	2.1	2246	2.1	111	1.1
Beh. aus sonst. Gründen beendet	7	0.4	315	0.3	291	0.3	24	0.2
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	17	1.0	2247	2.0	2084	2.0	163	1.7
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	10	0.0	7	0.0	3	0.0
Verlegung in anderes KH	39	2.2	8490	7.4	7731	7.4	759	7.8
Tod	153	8.7	6038	5.3	5646	5.4	392	4.1
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	2	0.1	632	0.6	492	0.5	140	1.4
Entlassung in Rehaeinrichtung	208	11.9	15047	13.1	14072	13.4	975	10.1
Entlassung in Pflegeeinrichtung	30	1.7	4782	4.2	4272	4.1	510	5.3
Entlassung in Hospiz	0	0.0	146	0.1	133	0.1	13	0.1
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	102	0.1	90	0.1	12	0.1
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	1	0.1	44	0.0	43	0.0	1	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	2	0.1	47	0.0	44	0.0	3	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	15	0.9	1937	1.7	1659	1.6	278	2.9
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	2	0.1	75	0.1	63	0.1	12	0.1
fehlende Angabe	162	9.2	180	0.2	171	0.2	9	0.1

### 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	705	58.6	43959	57.5	40290	57.4	3669	59.0
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	8	0.7	1515	2.0	1458	2.1	57	0.9
Beh. aus sonst. Gründen beendet	4	0.3	182	0.2	169	0.2	13	0.2
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	8	0.7	1071	1.4	995	1.4	76	1.2
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	6	0.0	4	0.0	2	0.0
Verlegung in anderes KH	20	1.7	6521	8.5	5971	8.5	550	8.8
Tod	110	9.1	4416	5.8	4119	5.9	297	4.8
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	1	0.1	477	0.6	372	0.5	105	1.7
Entlassung in Rehaeinrichtung	184	15.3	12967	17.0	12104	17.2	863	13.9
Entlassung in Pflegeeinrichtung	22	1.8	3423	4.5	3069	4.4	354	5.7
Entlassung in Hospiz	0	0.0	124	0.2	112	0.2	12	0.2
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	58	0.1	49	0.1	9	0.1
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	29	0.0	29	0.0	0	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	2	0.2	25	0.0	23	0.0	2	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	14	1.2	1461	1.9	1264	1.8	197	3.2
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	2	0.2	45	0.1	38	0.1	7	0.1
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	123	10.2	137	0.2	130	0.2	7	0.1

### 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	38	29.9	1947	27.8	1823	27.9	124	25.6
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	76	1.1	73	1.1	3	0.6
Beh. aus sonst. Gründen beendet	0	0.0	8	0.1	7	0.1	1	0.2
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	1	0.8	55	0.8	54	0.8	1	0.2
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	18	14.2	1214	17.3	1095	16.8	119	24.5
Tod	41	32.3	1528	21.8	1444	22.1	84	17.3
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	1	0.8	85	1.2	62	1.0	23	4.7
Entlassung in Rehaeinrichtung	23	18.1	1616	23.1	1537	23.6	79	16.3
Entlassung in Pflegeeinrichtung	0	0.0	323	4.6	295	4.5	28	5.8
Entlassung in Hospiz	0	0.0	19	0.3	18	0.3	1	0.2
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	1	0.0	0	0.0	1	0.2
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	0	0.0	125	1.8	104	1.6	21	4.3
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	4	0.1	4	0.1	0	0.0
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	5	3.9	5	0.1	5	0.1	0	0.0

### 10. Geplante Rehabilitation nach Entlassung aus der Akutbehandlung

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

Geplante Rehabilitation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Reha geplant	975	61.0	61168	56.3	55990	56.4	5178	55.8
Neurologische Rehabilitation Phase B	126	7.9	6918	6.4	6329	6.4	589	6.3
Neurologische Rehabilitation Phase C	177	11.1	9556	8.8	8908	9.0	648	7.0
Neurologische Rehabilitation Phase D - stationär	151	9.4	14699	13.5	13518	13.6	1181	12.7
Neurologische Rehabilitation Phase D - ambulant/teilstationär	19	1.2	4316	4.0	4066	4.1	250	2.7
Geriatrische Rehabilitation	128	8.0	9047	8.3	8132	8.2	915	9.9
Sonstige Rehabilitation	23	1.4	2502	2.3	2091	2.1	411	4.4
fehlende Angabe	0	0.0	390	0.4	282	0.3	108	1.2

## 11. Auswertungen Lyse und Intraartrielle Therapie

### 11.1 Thrombolyse/Intraartrielle Therapie durchgeführt

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt)

Thrombolyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	967	80.4	61585	80.6	56467	80.4	5118	82.3
Verlegung zur Thrombolyse	11	0.9	119	0.2	104	0.1	15	0.2
ja, vorbehandelnder Einrichtung	48	4.0	1549	2.0	1541	2.2	8	0.1
ja, im eigenen Haus	177	14.7	13118	17.2	12067	17.2	1051	16.9
fehlende Angabe	0	0.0	45	0.1	17	0.0	28	0.5

Intraartrielle Therapie (IAT)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	1101	91.5	70128	91.8	64185	91.4	5943	95.5
Verlegung zur IAT	5	0.4	1183	1.5	1039	1.5	144	2.3
ja, im eigenen Haus	97	8.1	5021	6.6	4932	7.0	89	1.4
fehlende Angabe	0	0.0	84	0.1	40	0.1	44	0.7

### 11.2 Lyse bei Einweisung innerhalb der ersten 3 Stunden nach Ereignis

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt und Zeitdifferenz Ereignis - Aufnahme  $\leq$  3 Stunden, die im eigenen Haus lysiert werden)

Thrombolyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	228	53.9	13990	54.7	12748	54.3	1242	58.4
Verlegung zur Thrombolyse	10	2.4	51	0.2	44	0.2	7	0.3
ja, vorbehandelnder Einrichtung	33	7.8	524	2.0	522	2.2	2	0.1
ja, im eigenen Haus	152	35.9	11017	43.1	10143	43.2	874	41.1
fehlende Angabe	0	0.0	3	0.0	2	0.0	1	0.0

### 11.3. Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung

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

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
$\leq$ 0.5 Stunden	233	59.9	15660	64.9	14515	65.7	1145	55.3
> 0.5-1 Stunde	79	20.3	4681	19.4	4214	19.1	467	22.6
> 1-3 Stunden	38	9.8	2555	10.6	2270	10.3	285	13.8
> 3-6 Stunden	6	1.5	476	2.0	433	2.0	43	2.1
> 6 Stunden	12	3.1	461	1.9	408	1.8	53	2.6
fehlende Angabe	21	5.4	315	1.3	239	1.1	76	3.7

### 11.4. Zeit Aufnahme - Beginn Lyse

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

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
$\leq$ 0.5 Stunden	26	14.7	3980	30.3	3767	31.2	213	20.3
> 0.5-1 Stunde	100	56.5	6342	48.3	5849	48.5	493	46.9
> 1-2 Stunden	41	23.2	2145	16.4	1871	15.5	274	26.1
> 2-3 Stunden	2	1.1	275	2.1	246	2.0	29	2.8
> 3-4 Stunden	2	1.1	73	0.6	58	0.5	15	1.4
> 4-6 Stunden	0	0.0	36	0.3	35	0.3	1	0.1
> 6 Stunden	2	1.1	187	1.4	165	1.4	22	2.1
fehlende Angabe	4	2.3	80	0.6	76	0.6	4	0.4

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	100	112	110	131
50% Perzentil: Median	46.0	40.0	39.0	48.0
5% Perzentil	21.0	16.0	16.0	18.0

## 11.5. Zeit Aufnahme - Leistenpunktion

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

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	10	10.3	518	10.3	516	10.5	2	2.2
> 0.5-1 Stunde	23	23.7	1301	25.9	1284	26.0	17	19.1
> 1-2 Stunden	42	43.3	2132	42.5	2089	42.4	43	48.3
> 2-3 Stunden	8	8.2	471	9.4	458	9.3	13	14.6
> 3-4 Stunden	0	0.0	158	3.1	153	3.1	5	5.6
> 4-6 Stunden	1	1.0	101	2.0	100	2.0	1	1.1
> 6 Stunden	9	9.3	262	5.2	256	5.2	6	6.7
fehlende Angabe	4	4.1	78	1.6	76	1.5	2	2.2

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion in Minuten	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
95% Perzentil	2752		423		420		999	
50% Perzentil: Median	75.0		74.0		74.0		88.0	
5% Perzentil	17.0		21.0		21.0		35.0	

## 11.6. Zeit 1. Gefäßdiagnostik - Leistenpunktion

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

Zeit 1. Gefäßdiagnostik - Leistenpunktion in Minuten	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
95% Perzentil	1842		166		167		125	
50% Perzentil: Median	59.0		43.0		42.0		55.5	
5% Perzentil	15.0		0.0		0.0		0.0	

erfolgreiche Rekanalisation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	18	18.6	730	14.5	719	14.6	11	12.4
Ja	79	81.4	4254	84.7	4178	84.7	76	85.4
fehlende Angabe	0	0.0	37	0.7	35	0.7	2	2.2

\* bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten IAT

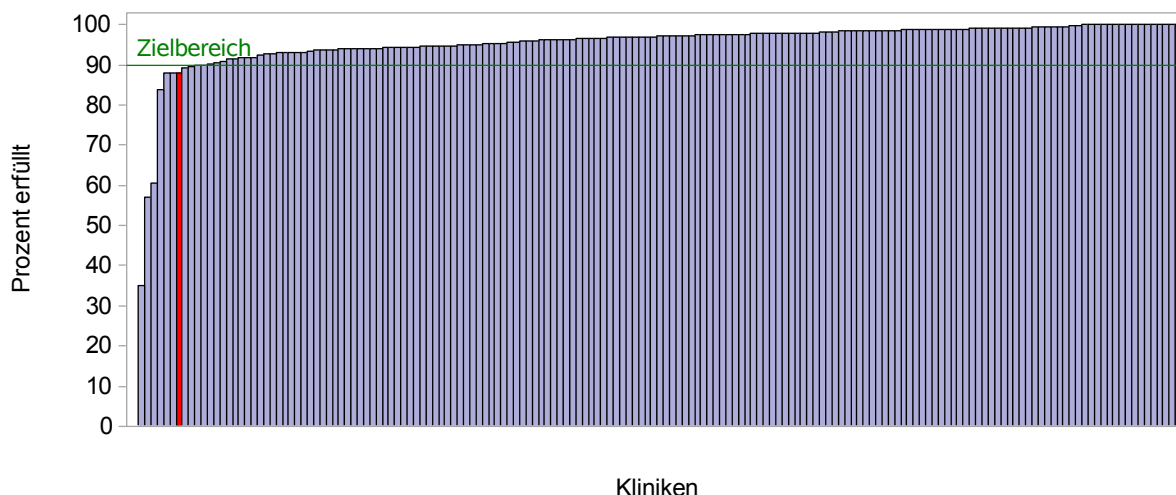
## 12. Qualitätsindikatoren (QI)

### 12.1 Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	88.1	95.9	95.8	96.3

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

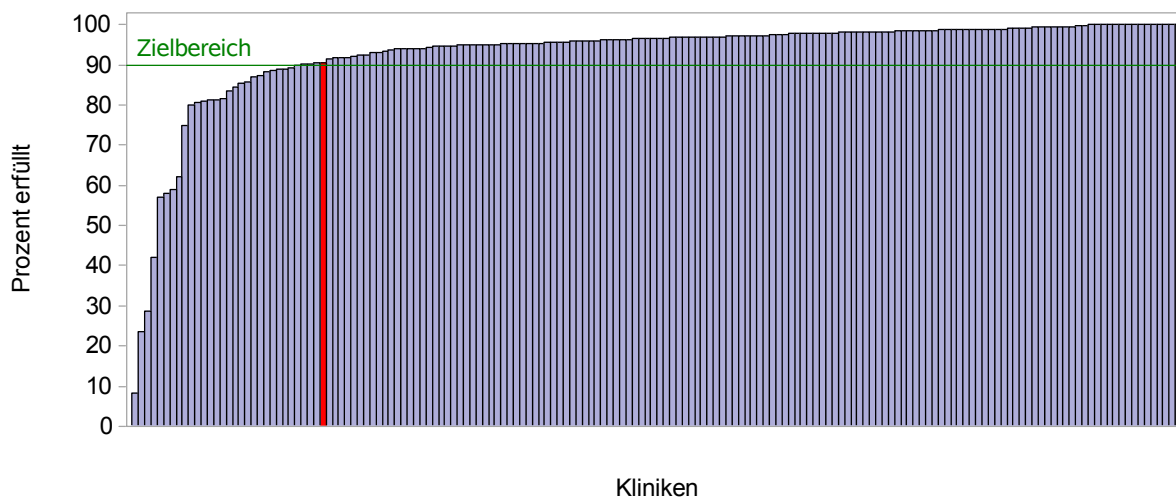


## 12.2 Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

<b>Qualitätsziel:</b>	Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall ( $\leq$ Tag 2 nach Aufnahme) durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie und/oder Dysphagie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes.
<b>Zielbereich:</b>	$\geq 90\%$
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Anzahl der Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch Logopäden $\leq$ Tag 2 nach Aufnahme.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie und/oder Dysphagie bei Aufnahme und einer Liegezeit von mindestens einem Tag. Patienten mit Diagnose TIA und Patienten mit komatöser Bewusstseinslage oder mit Somnolenz/Sopor bei Aufnahme sind ausgeschlossen, ebenso Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnosetik/-therapie innerhalb von 24 Stunden.
<b>Risikoadjustierung:</b>	Keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	90.4	95.2	95.4	93.5

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

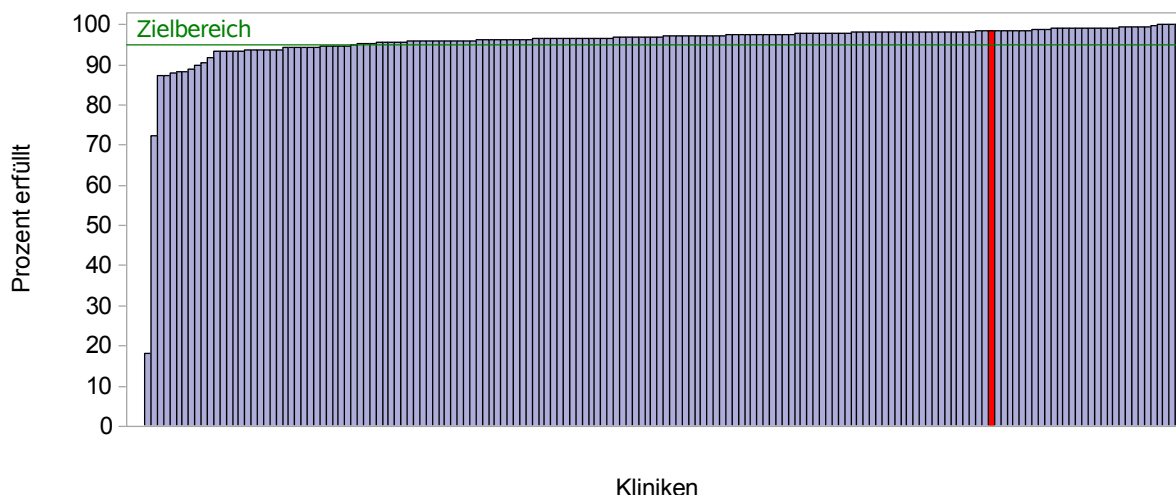


### 12.3 Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

<b>Qualitätsziel:</b>	Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern zum Zeitpunkt der Entlassung als Sekundärprophylaxe nach Hirninfarkt oder TIA sofern keine Kontraindikationen bestehen.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 95%
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Anzahl der Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung/Verlegung.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt und einer Liegezeit von mindestens einem Tag. Patienten mit Antikoagulation und Patienten < 18 Jahren sowie Verstorbene sind ausgeschlossen, ebenso Patienten mit Patientenverfügung sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden.
<b>Risikoadjustierung:</b>	Keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	98.5	96.5	96.5	96.0

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



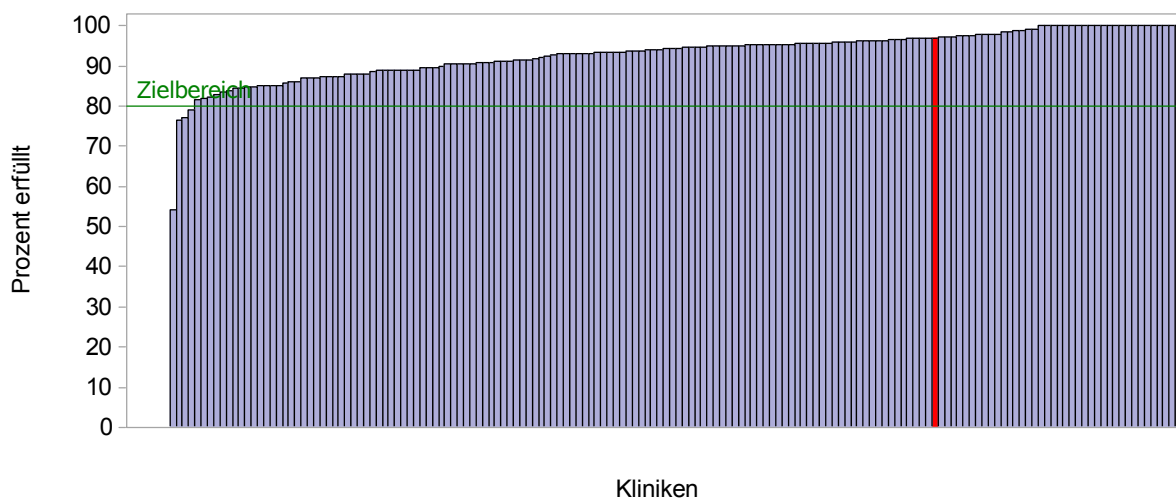


## 12.4 Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

<b>Qualitätsziel:</b>	Therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach Hirninfarkt oder TIA als Sekundärprophylaxe bei Entlassung sofern keine Kontraindikationen bestehen.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 80%
<b>Berechnung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Zähler:</b>	Anzahl der Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung/Verlegung oder mit Empfehlung zur Antikoagulation im Entlass-/Verlegungsbrief.
<b>Nenner:</b>	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 Patientenverfügung sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden.
<b>Risikoadjustierung:</b>	Keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	97.1	92.0	92.0	92.3

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

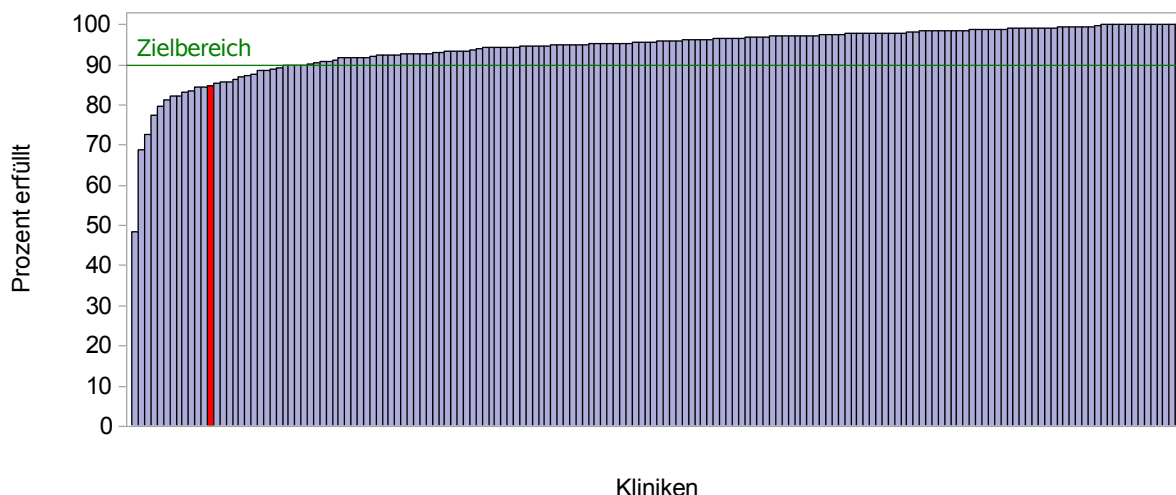


## 12.5 Frühzeitige Mobilisierung

<b>Qualitätsziel:</b>	Frühzeitige Mobilisierung bettlägeriger Patienten innerhalb $\leq 2$ Tage nach Aufnahme.
<b>Zielbereich:</b>	$\geq 90\%$
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Anzahl der Patienten, die innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme mobilisiert wurden.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Hilfebedarf beim Item "Lagewechsel Bett - Stuhl" des Barthel-Index (Barthel-Index 0 - 10) und einer Liegezeit von mindestens einem Tag. Patienten mit TIA und/oder Hirndruck und/oder Beatmung und/oder Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	Keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	84.8	94.3	94.0	96.5

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

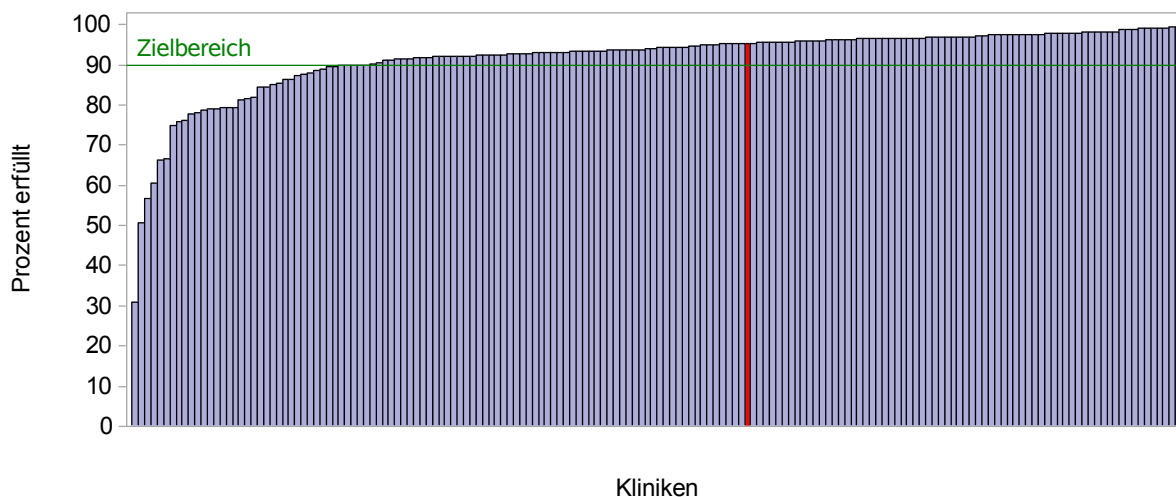


## 12.6 Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA

<b>Qualitätsziel:</b>	Durchführung einer Hirngefäßdiagnostik bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 80%
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Alle Patienten mit Hirngefäßdiagnostik (Doppler/Duplex-Sonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanz- oder Computertomographische Angiographie) innerhalb von 48 Stunden.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA ohne Gefäßdiagnostik vor Aufnahme.
<b>Risikoadjustierung:</b>	Keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	95.4	93.2	93.4	90.8

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



## 12.7 a) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

<b>Qualitätsziel:</b>	Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus "verstorben" bis einschließlich Tag 7.
<b>Berechnung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Zähler:</b>	Anzahl der Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben" bis einschließlich Tag 7.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Hirninfarkt. Patienten, die vor dem siebten Tage in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen verlegt wurden sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden, sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	Alter, Geschlecht, Schweregrad (operationalisiert durch die Anzahl der neurologischen Ausfälle), Vorhofflimmern, Diabetes, vorheriger Schlaganfall.
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

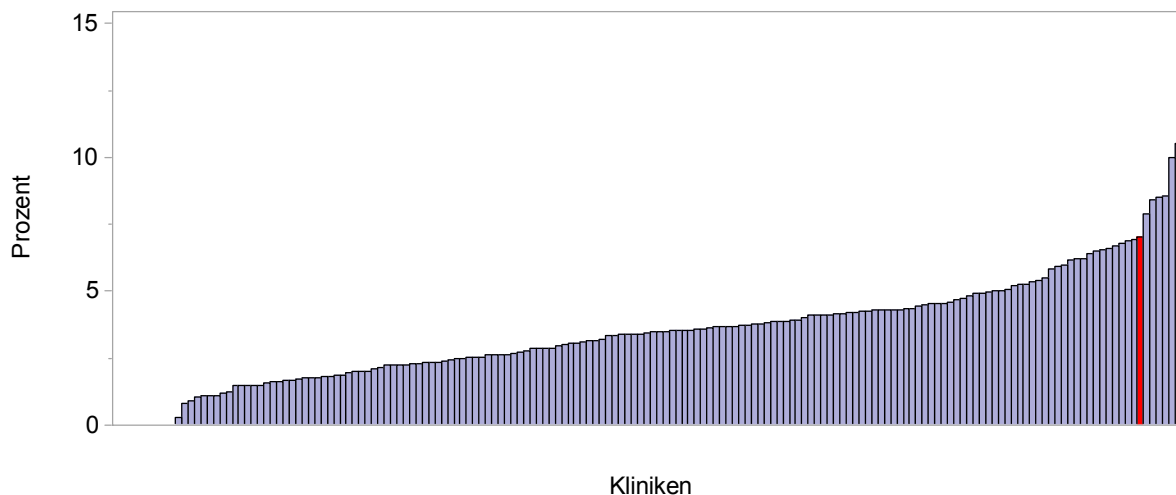
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	7.0	3.9	4.0	3.1

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
1.83	1.36	bis	2.42

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 b) Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit Patientenverfügung

<b>Qualitätsziel:</b>	Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus "verstorben" bis einschließlich Tag 7.
<b>Berechnung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Zähler:</b>	Anzahl der Patienten mit Entlassungsstatus "verstorben" bis einschließlich Tag 7.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Hirninfarkt ohne Patientenverfügung. Patienten, die vor dem siebten Tage in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen verlegt wurden sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden, sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	Alter, Geschlecht, Schweregrad (operationalisiert durch die Anzahl der neurologischen Ausfälle), Vorhofflimmern, Diabetes, vorheriger Schlaganfall.
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

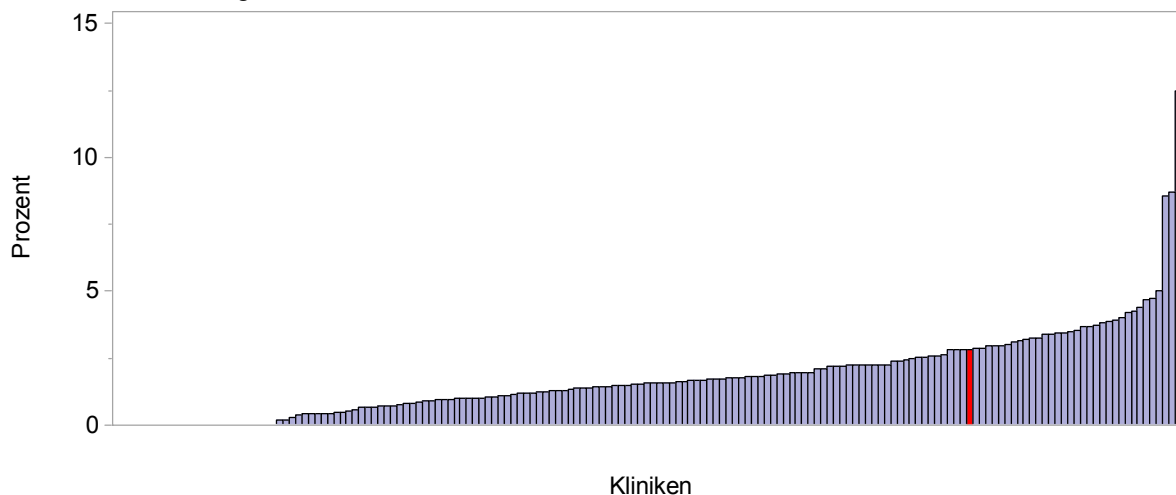
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	2.8	2.0	2.1	1.3

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		
1.51	0.97	bis	2.25

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.



## 12.8 Pneumonierate nach Schlaganfall

<b>Qualitätsziel:</b>	Niedriger Anteil der Patienten nach Hirninfarkt, die im Krankenhaus eine Pneumonie entwickeln.
<b>Berechnung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Zähler:</b>	Anzahl der Patienten mit Komplikation "Pneumonie".
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Hirninfarkt unter Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden .
<b>Risikoadjustierung:</b>	Alter, Geschlecht, Schweregrad (operationalisiert durch die Anzahl der neurologischen Ausfälle), Beatmung.
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

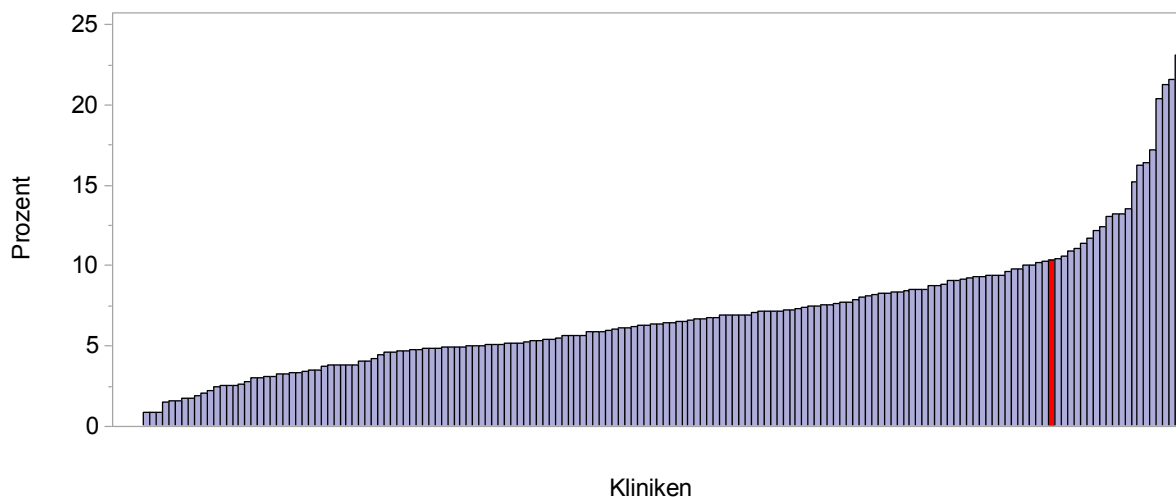
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Komplikation Pneumonie	10.3	7.4	7.6	6.0

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 "Pneumonie nach Schlaganfall" im Vergleich zu den Patienten anderer teilnehmender Kliniken:

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
1.57	1.28	bis	1.92

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

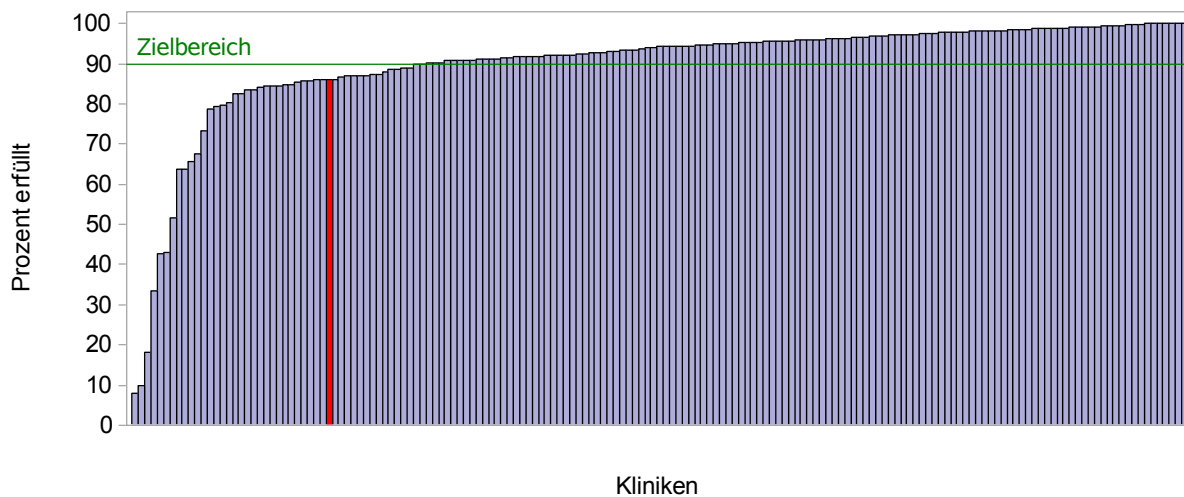


## 12.9 Screening für Schluckstörungen

<b>Qualitätsziel:</b>	Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 90%
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Alle Patienten mit Schlucktest nach Protokoll.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Schlaganfall und einer Liegezeit von mindestens einem Tag. Patienten mit TIA sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	86.2	92.5	92.6	91.7

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

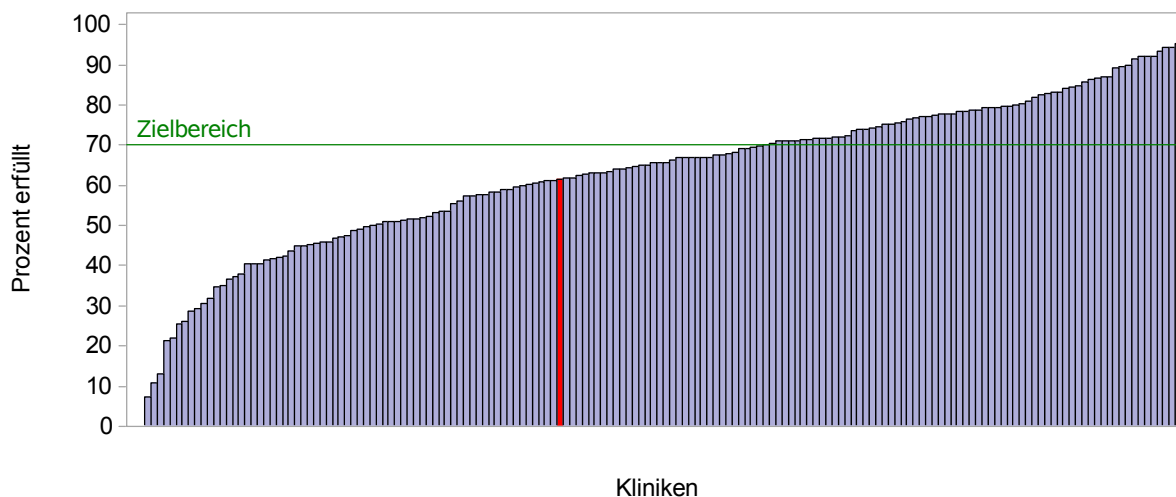


## 12.10 Anteil der Patienten mit Bildgebung innerhalb von 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" $\leq 4$ Stunden

<b>Qualitätsziel:</b>	Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung, operationalisiert durch den Anteil der Patienten mit Intervall "Aufnahme - 1. Bildgebung" $\leq 30$ Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" $\leq 4$ Stunden.
<b>Zielbereich:</b>	$\geq 70\%$
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Alle Patienten mit Intervall "Aufnahme - 1. Bildgebung" (CCT und/oder MRT) $\leq 30$ Minuten.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Intervall "Ereignis - Aufnahme" $\leq 4$ Stunden Patienten mit Bildgebung vor Aufnahme sowie Fälle mit TIA sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	61.5	64.6	65.4	56.2

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



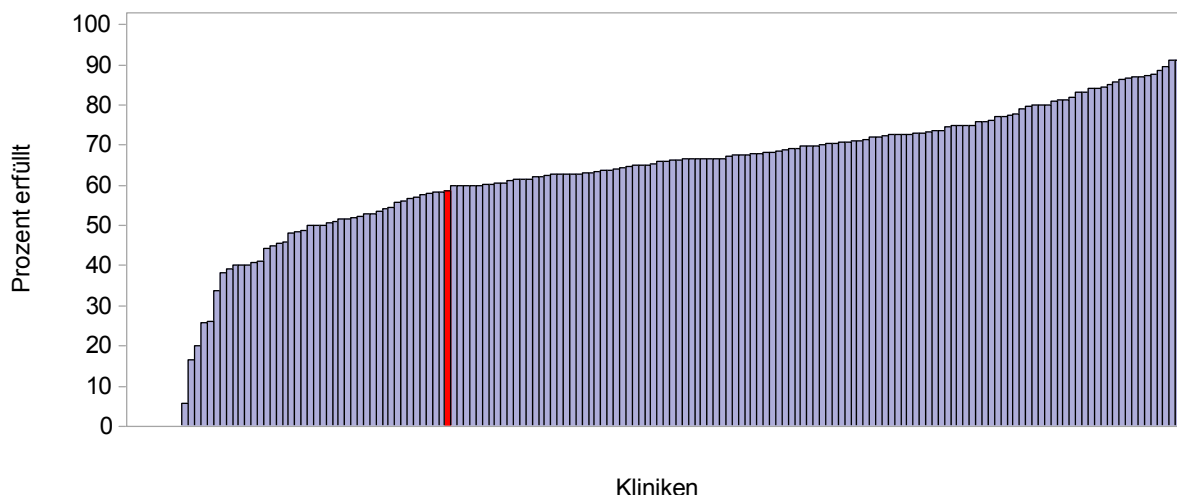


### 12.11 a) Frühe systemische Thrombolyse (NIHSSA 4 bis 25, Alter 18 bis 80 Jahre)

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die bei entsprechenden Voraussetzungen eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.
<b>Zielbereich:</b>	nicht definiert
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Alle Patienten mit intravenöser Lysetherapie.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Hirninfarkt und Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden sowie ausreichendem Schweregrad zur Durchführung der intravenösen Lyse (NIHSS 4-25) im Alter zwischen 18 und 80 Jahren. Patienten mit Verlegung zur Thrombolyse bzw. mit durchgeführter Thrombolyse in vorbehandelnder Einrichtung und Patienten ohne Thromolyse mit IAT sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	58.8	65.1	65.3	62.5

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

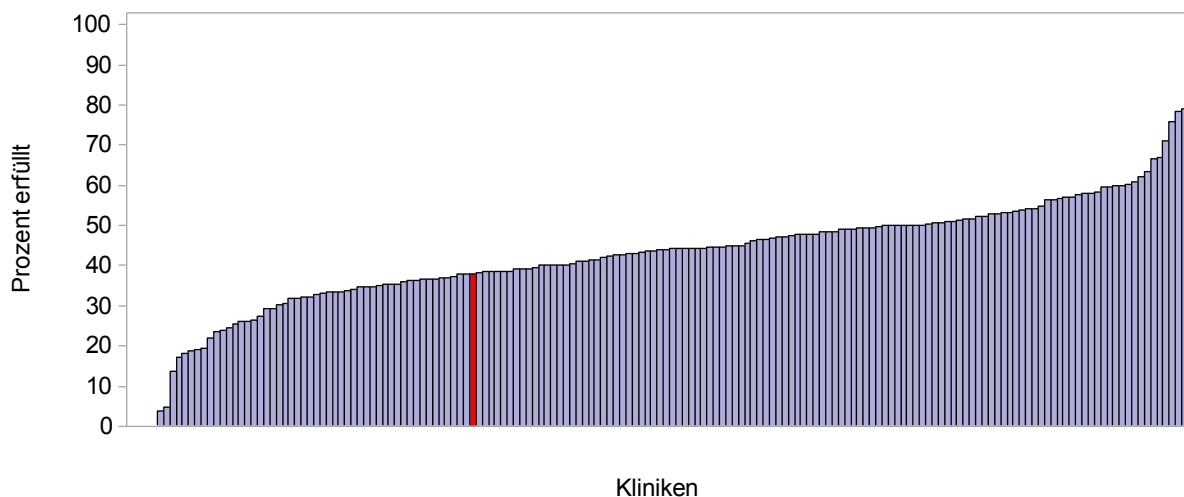


## 12.11 b) Frühe systemische Thrombolyse

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.
<b>Zielbereich:</b>	nicht definiert
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Alle Patienten mit intravenöser Lysetherapie.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Hirninfarkt und Intervall "Ereignis - Aufnahme" $\leq 4$ Stunden. Patienten mit Verlegung zur Thrombolyse bzw. mit durchgeführter Thrombolyse in vorbehandelnder Einrichtung und Patienten ohne Thrombolyse mit IAT sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	38.0	43.5	43.9	40.1

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

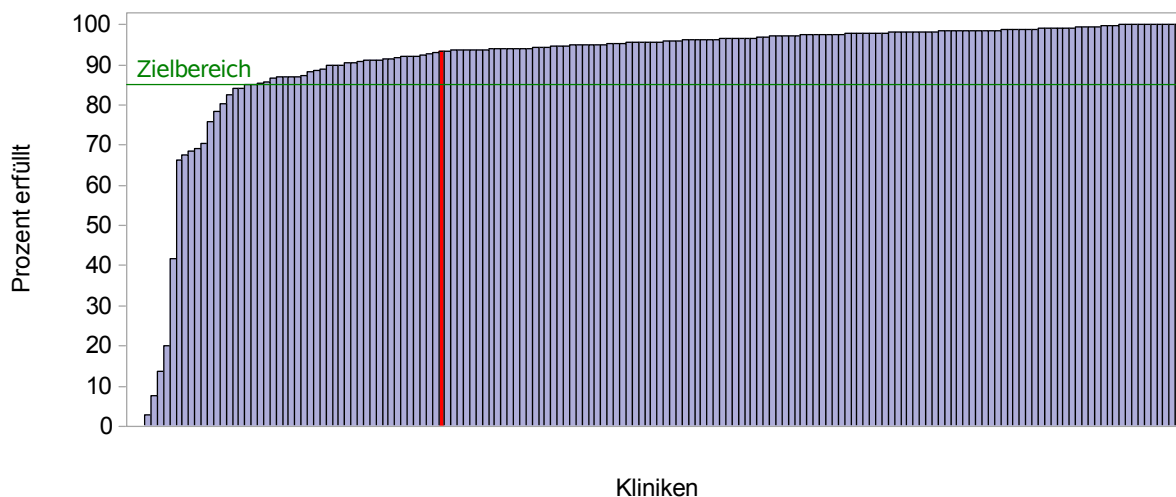


## 12.12 Behandlung auf einer Stroke Unit

<b>Qualitätsziel:</b>	Aufnahme möglichst vieler Patienten mit Hirninfarkt oder TIA auf einer Stroke Unit, wenn das Ereignis innerhalb von 24 Stunden vor Aufnahme eintrat.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 85%
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Alle Patienten, die auf einer Stroke Unit aufgenommen bzw. behandelt werden.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA, die mit Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 24 Stunden in der Klinik aufgenommen werden.
<b>Nenner:</b>	
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	93.4	93.1	93.1	92.6

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

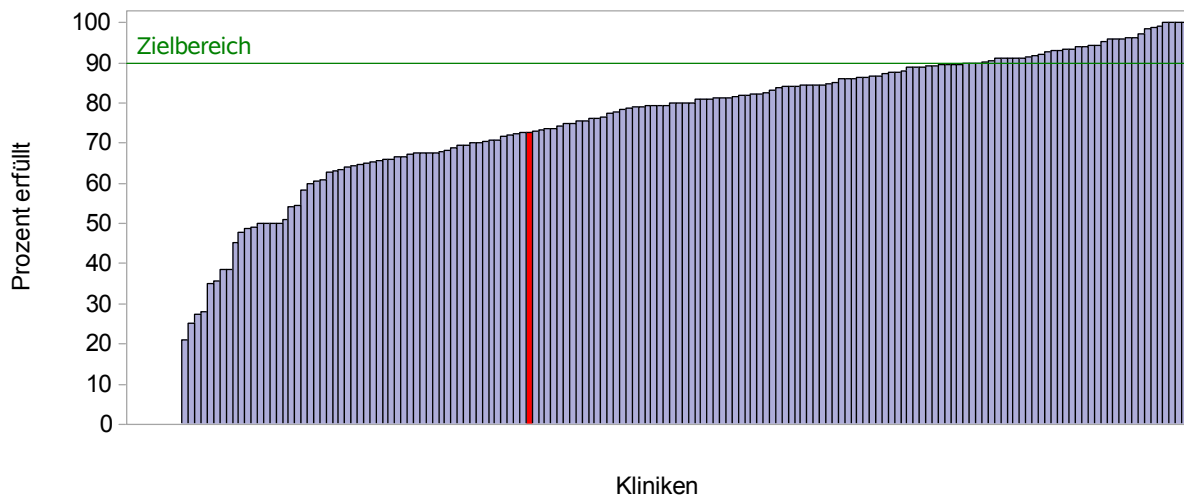


### 12.13 Door-to-needle time ≤ 1 Stunde

<b>Qualitätsziel:</b>	Hoher Anteil von Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 1 Stunde bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 90%
<b>Berechnung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Zähler:</b>	Patienten mit "door-to-needle time" ≤ 1 Stunde.
<b>Nenner:</b>	Patienten mit Hirninfarkt und intravenöser Thrombolyse.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	72.8	79.2	80.2	67.7

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

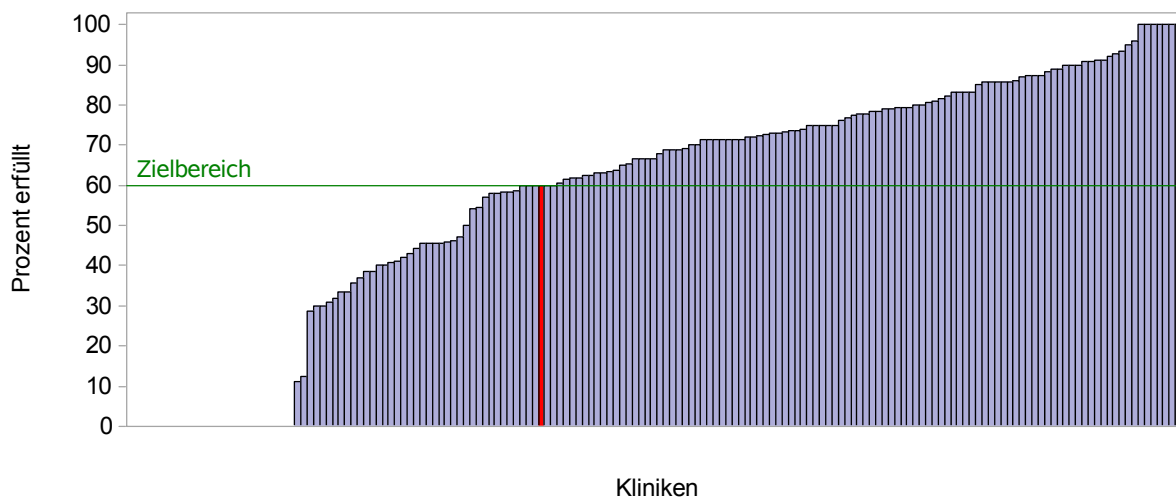


## 12.14 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose

<b>Qualitätsziel:</b>	Hoher Anteil frühzeitig mittels Revaskularisierung (Operation) behandelter Patienten mit symptomatischer Karotisstenose nach TIA oder nicht-behinderndem Hirninfarkt.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 60%
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Patienten, die zur Durchführung einer operativen Revaskularisierung innerhalb ≤ 14 Tagen nach Aufnahme verlegt wurden oder bei denen eine Revaskularisierung durchgeführt wurde.
<b>Nenner:</b>	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 sowie Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	60.0	69.3	70.0	57.9

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



## 12.15 a) Sterblichkeit nach Rekanalisation

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

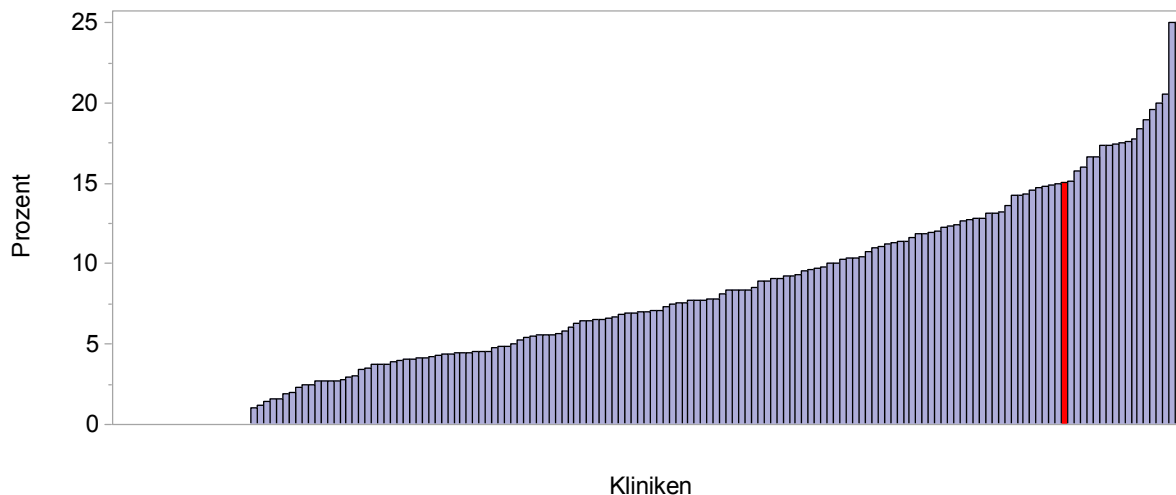
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	15.1	9.8	10.1	0.0

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		
6.42	4.33	bis	9.28

OR wurde mittels logistischer Regression berechnet und für Alter, 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.



## 12.15 b) Sterblichkeit nach Rekanalisation exklusive Patienten mit Patientenverfügung

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

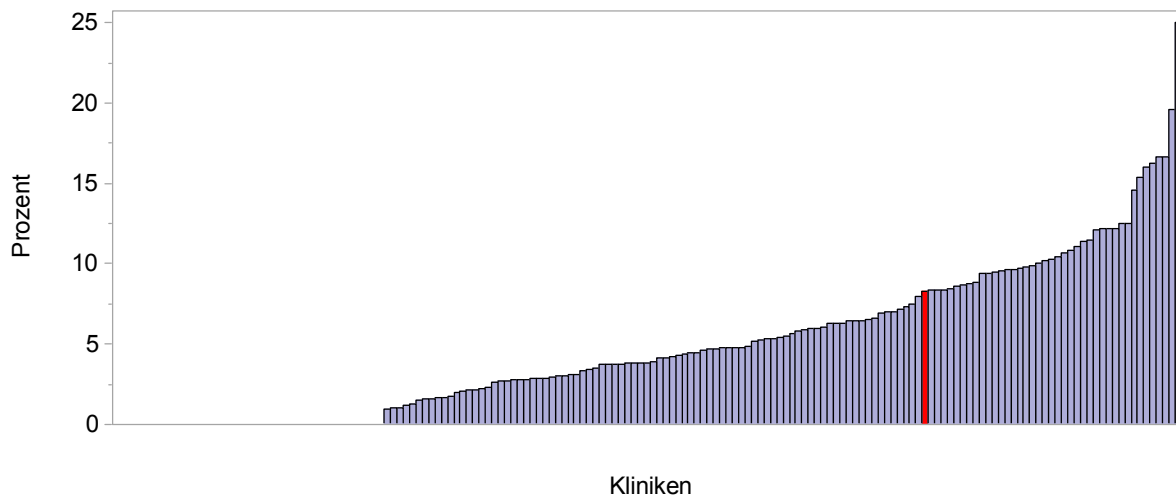
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	8.3	6.3	6.5	0.0

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
5.11	2.91	bis	8.45

OR wurde mittels logistischer Regression berechnet und für Alter, 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.

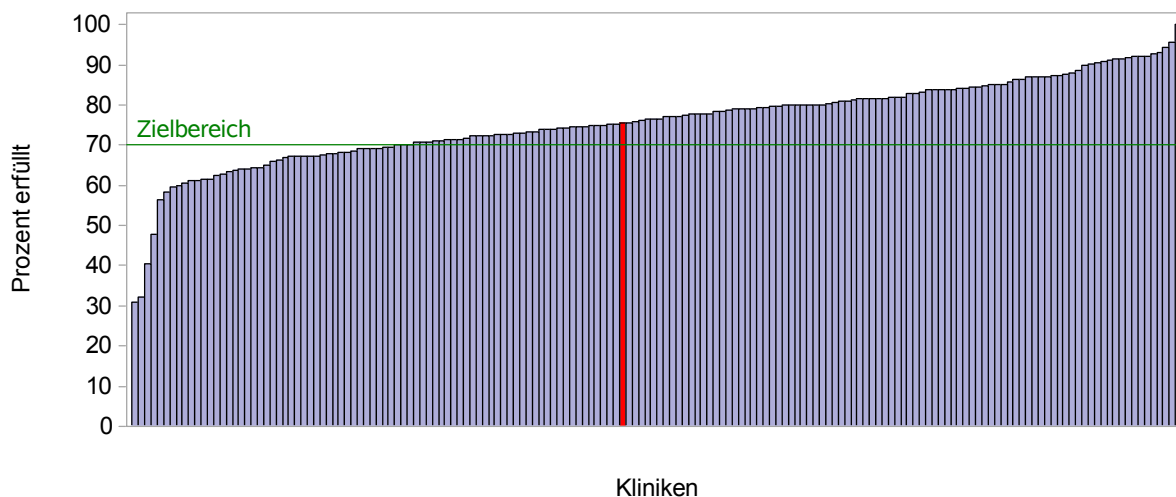


## 12.16 Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen

<b>Qualitätsziel:</b>	Hoher Anteil der Patienten, die nach Entlassung eine medizinische Rehabilitation nach Schlaganfall erhalten.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 70%
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	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).
<b>Nenner:</b>	Patienten ohne vorherige Pflegeheimunterbringung mit Rankin Scale 2 - 5 bei Entlassung; ausgeschlossen sind Patienten, die in eine andere Akutklinik verlegt werden sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	75.6	77.5	77.9	73.5

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



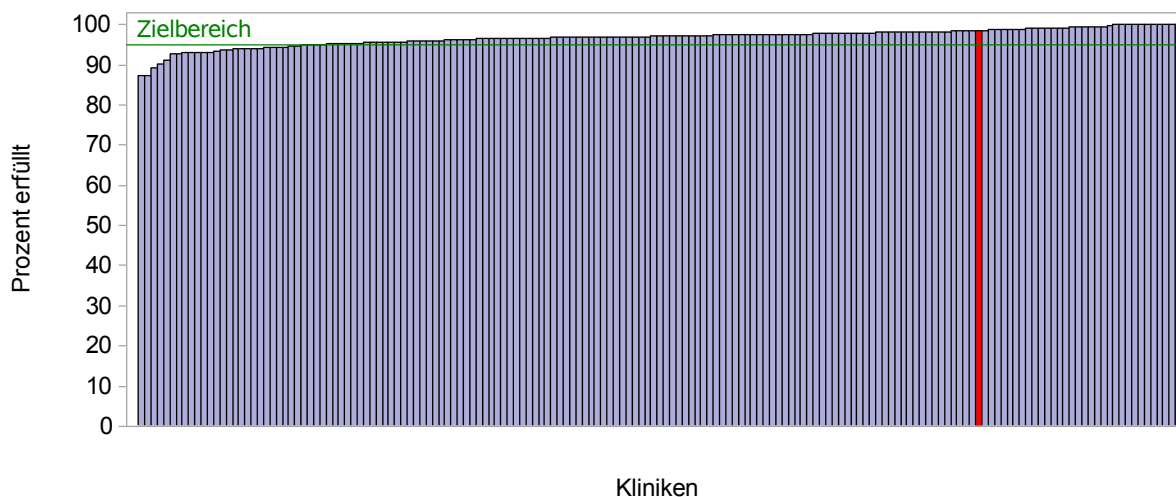


## 12.17 Sekundärprävention - Antihypertensiva bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt

<b>Qualitätsziel:</b>	Gabe von Antihypertensiva bei Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA und dokumentierter Hypertonie.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 95%
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Patienten mit Indikation für eine blutdrucksenkende Therapie, die zum Entlassungszeitpunkt ein Antihypertensivum erhielten oder denen ein antihypertensives Medikament verordnet oder empfohlen wurde.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA und Komorbidität Hypertonie, die lebend entlassen wurden. Fälle mit Patientenverfügung sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	98.6	96.8	96.8	97.2

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

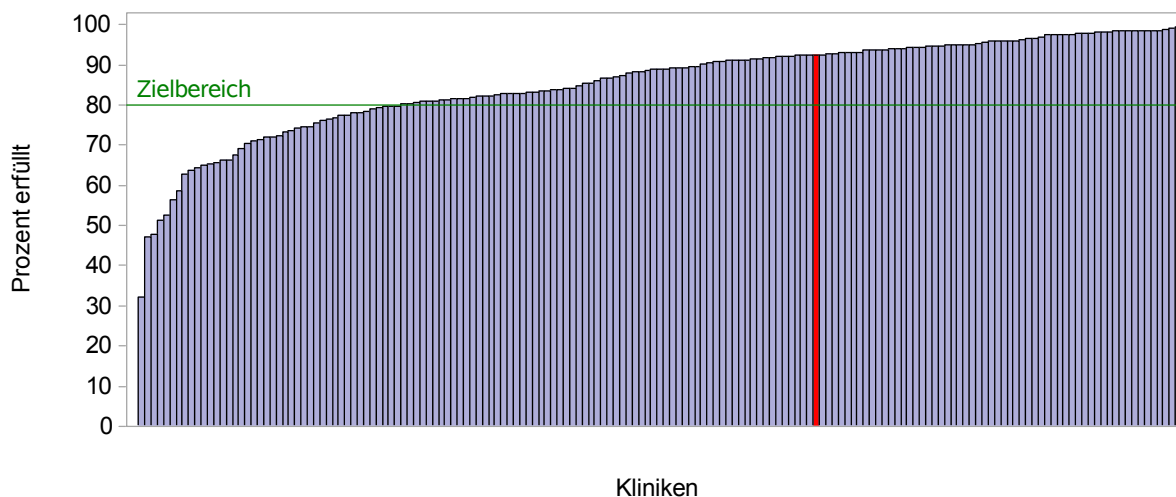


## 12.18 Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung

<b>Qualitätsziel:</b>	Gabe von Statinen bei Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 80%
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Patienten, die zum Entlassungszeitpunkt ein Statin erhielten oder denen ein Statin verordnet oder empfohlen wurde.
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA, die lebend entlassen wurden. Fälle mit Patientenverfügung sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	92.5	86.1	86.3	83.3

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

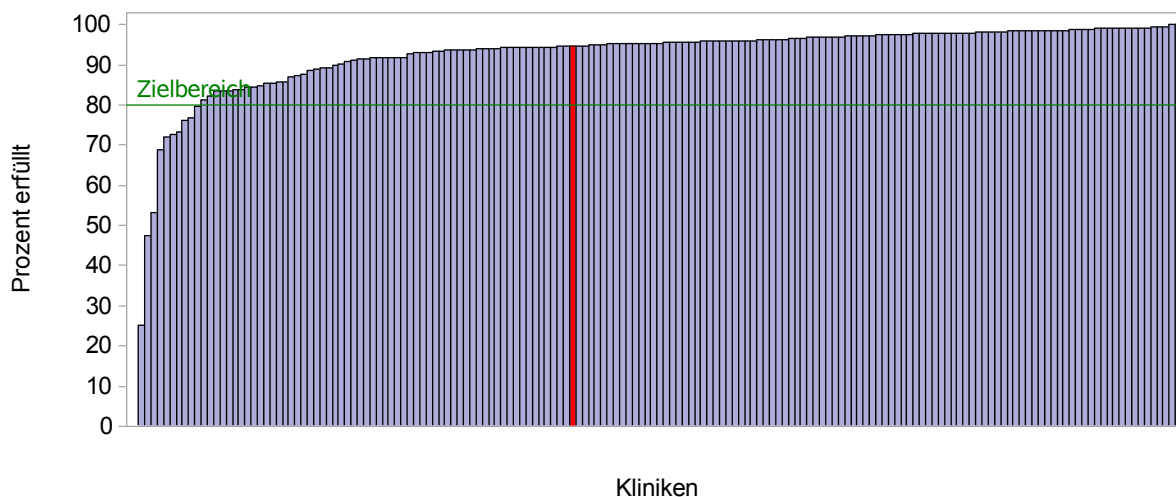


## 12.19 Vorhofflimmern-Diagnostik

<b>Qualitätsziel:</b>	Vorhofflimmern-Diagnostik bei Patienten mit Hirnfarkt oder TIA.
<b>Zielbereich:</b>	≥ 80%
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Patienten mit während des stationären Aufenthaltes durchgeführter Rhythmusdiagnostik.
<b>Nenner:</b>	Patienten ohne vorbekanntes Vorhofflimmern mit Hirnfarkt oder TIA. Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden sind ausgeschlossen.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	94.7	93.8	94.0	91.8

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

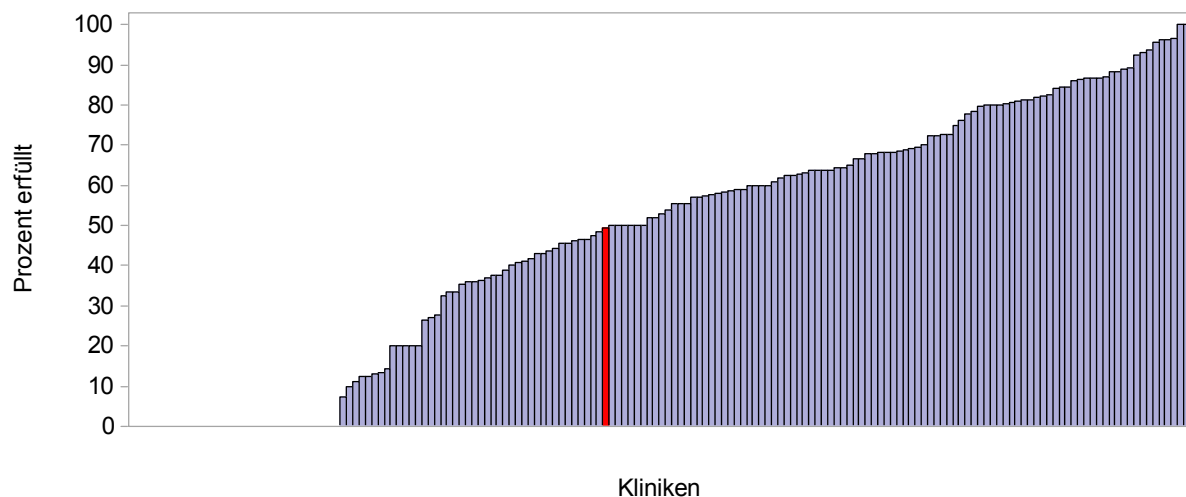


## 12.20 Intraarterielle Therapie

<b>Qualitätsziel:</b>	Intraarterielle Therapie (IAT) bei Patienten mit Hirnfarkt.
<b>Zielbereich:</b>	kein Zielbereich definiert
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Patienten mit Durchführung bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie
<b>Nenner:</b>	Alle Patienten mit Gefäßverschluss (Carotis-T, M1 oder BA) und Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 6 Stunden .
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

<b>Ergebnisse</b>	<b>eigene Klinik</b>	<b>Gesamtprojekt</b>	<b>mit zert. SU</b>	<b>ohne zert. SU</b>
Qualitätsindikator erfüllt	49.5	67.1	67.5	59.4

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

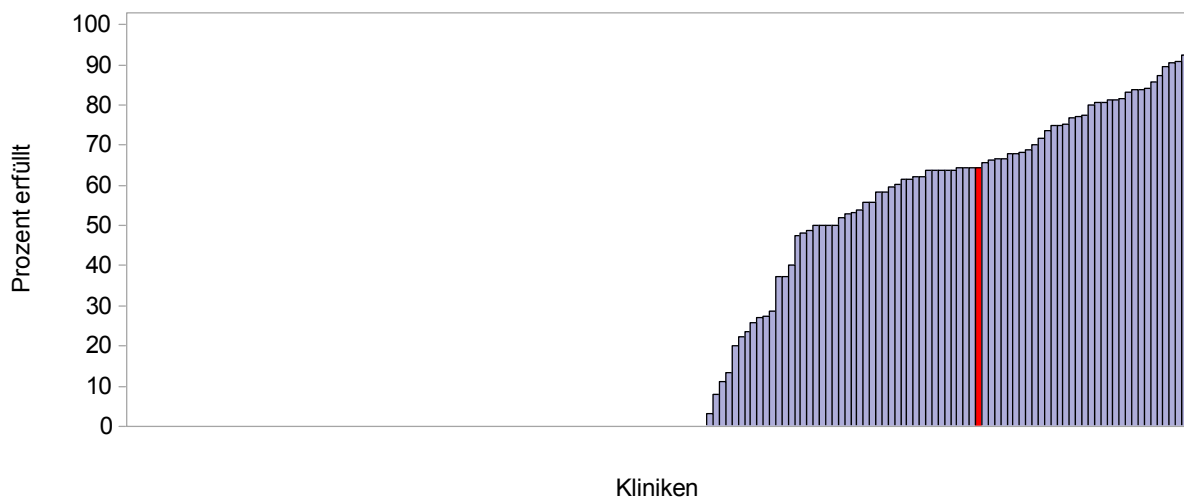


## 12.21 Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie.
<b>Zielbereich:</b>	kein Zielbereich definiert
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Zeit zwischen Aufnahme und Punktion (Door-to-Puncture-Time) ≤ 90 Minuten
<b>Nenner:</b>	Alle im eigenen Haus durchgeführte Intraarterielle Therapien
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

<b>Ergebnisse</b>	<b>eigene Klinik</b>	<b>Gesamtprojekt</b>	<b>mit zert. SU</b>	<b>ohne zert. SU</b>
Qualitätsindikator erfüllt	64.5	65.1	65.3	52.6

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

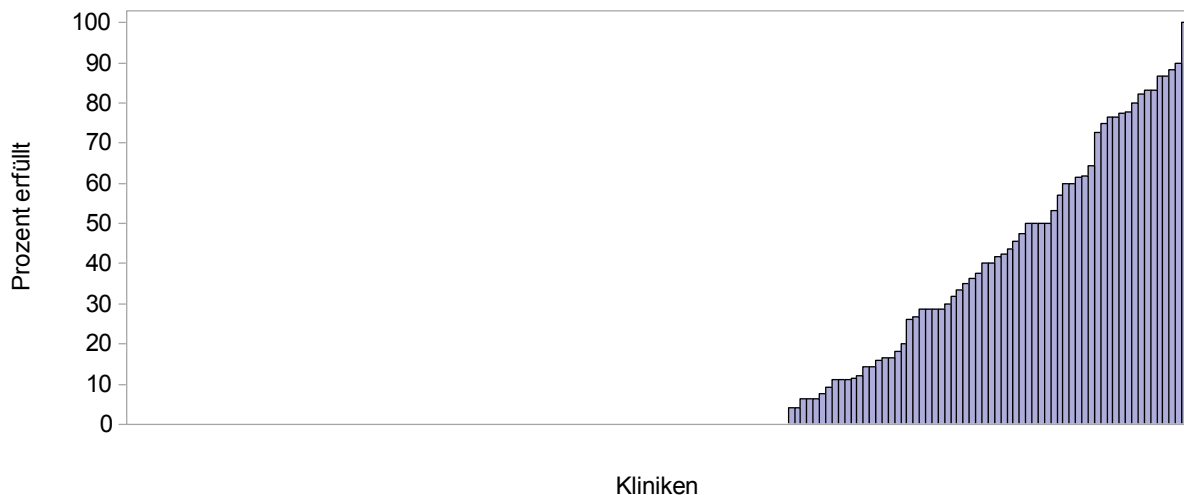


## 12.22 Frühzeitige Verlegung zur Intraarteriellen Therapie

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Bildgebung und Verlegung zur intrarteriellen Therapie
<b>Zielbereich:</b>	kein Zielbereich definiert
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung ≤ 60 Minuten
<b>Nenner:</b>	Alle zur Intraarteriellen Therapie in ein anderes Krankenhaus verlegten Hirninfarkte.
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

<b>Ergebnisse</b>	<b>Gesamtprojekt</b>	<b>mit zert. SU</b>	<b>ohne zert. SU</b>
Qualitätsindikator erfüllt	39.2	40.9	23.3

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



## 12.23 Erreichen des Rekanalisationsziels

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst oft Erreichen des Rekanalisationsziels (im Sinne der Gefäßwiedereröffnung).
<b>Zielbereich:</b>	kein Zielbereich definiert
<b><u>Berechnung des Qualitätsindikators</u></b>	
<b>Zähler:</b>	Alle Fälle mit erfolgreicher Rekanalisation (TICI = IIb, III) Alle im eigenen Haus durchgeführte intraarteriellen Therapien. Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden sind ausgeschlossen.
<b>Nenner:</b>	
<b>Risikoadjustierung:</b>	keine
<b>Ergebnisbericht QI:</b>	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	83.2	85.0	85.0	84.8

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

