



**Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universität Münster**

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

Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Auswertung erstes Halbjahr 2017

Zentrum 320

Städtisches Klinikum

Lüneburg

Leseanleitung

1. Allgemeine Hinweise

Dieser Bericht schließt alle Patienten ein, die zwischen dem 01.01. und 30.06.2017 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 Mitte 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 November 2017

Inhalt	Seite
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

Inhalt	Seite
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	97.6	95.6	≥ 90	22
2	Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie	98.9	95.2	≥ 90	23
3	Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe	93.4	96.4	≥ 95	24
4	Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	89.6	91.4	≥ 80	25
5	Frühzeitige Mobilisierung	96.2	94.0	≥ 90	26
6	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	97.3	93.9	≥ 80	27
7a	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall	2.0	2.3	nicht def.	28
7b	Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall exklusive Patienten mit Patientenverfügung	2.0	1.9	nicht def.	29
8	Pneumonierate nach Schlaganfall	6.0	7.5	nicht def.	30
9	Screening für Schluckstörungen	95.6	91.8	≥ 90	31
10	Anteil der Patienten mit Bildgebung ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden	76.7	53.9	≥ 70	32
11a	Frühe systemische Thrombolyse (NIHSSA 4-25, Alter 18-80 Jahre)	94.1	63.1	≥ 35	33
11b	Frühe systemische Thrombolyse	75.0	42.6	≥ 35	34
12	Behandlung auf einer Stroke Unit	97.6	93.1	≥ 85	35
13	Door-to-needle time ≤ 1 Stunde	86.5	77.9	≥ 90	36
14	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose	100	57.6	≥ 60	37
15a	Sterblichkeit nach Rekanalisation	2.7	9.3	nicht def.	38
15b	Sterblichkeit nach Rekanalisation exklusive Patienten mit Patientenverfügung	2.9	6.1	nicht def.	39
16	Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	61.0	76.6	≥ 70	40
17	Sekundärprävention - Antihypertensiva bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt	99.3	96.8	≥ 95	41
18	Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung	89.2	85.8	≥ 80	42

	Qualitätsindikator	Eigene Klinik	Gesamtprojekt	Zielbereich	Seite
		%	%	%	
19	Vorhofflimmern-Diagnostik	95.8	93.3	≥ 80	43
20	Intraarterielle Therapie (IAT)	76.9	63.1	nicht def.	44
21	Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten	5.9	63.5	nicht def.	45
22	Frühzeitige Verlegung zur IAT	.	35.6	nicht def.	46
23	Erreichen des Rekanalisationsziels	76.5	85.0	nicht def.	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:	158	mit Fachabteilung Neurologie:	133
		davon mit zertifizierter Stroke Unit:	113
in NRW:	43		
in Niedersachsen:	32	mit Fachabteilung Innere Medizin:	23
in Bremen:	3	davon mit zertifizierter Stroke Unit:	5
in Schleswig Holstein:	2		
in Mecklenburg Vorpommern:	7	mit Fachabteilung Kardiologie:	1
in Sachsen:	20		
in Sachsen Anhalt:	7		
in Thüringen:	19	mit Fachabteilung Neurochirurgie:	1
in Brandenburg:	15		
im Saarland:	9		
in Luxemburg:	1		

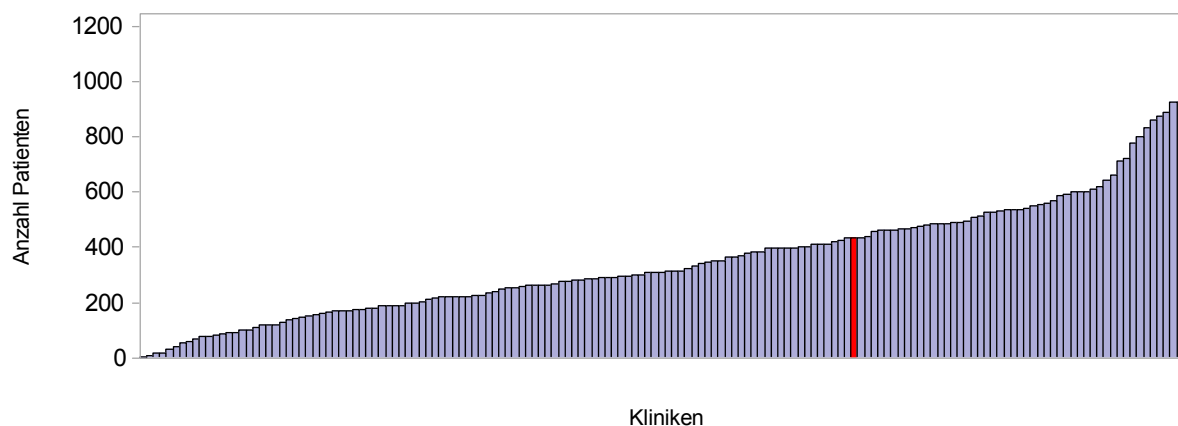
1.2 Anzahl und Monatsverteilung der Patienten

	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
erfasste Stroke Bögen	435	0.8	55536	100	49068	88.4	6468	11.6
vollst. dokumentiert ¹	407	93.6	52953	95.3	46794	95.4	6159	95.2
Minimaldatensätze (MDS) ¹	28	6.4	2583	4.7	2274	4.6	309	4.8
MDS: Ereignis älter 7 Tage ²	27	96.4	1507	58.3	1323	58.2	184	59.5
MDS: sonstiger Grund ²	1	3.6	1076	41.7	951	41.8	125	40.5

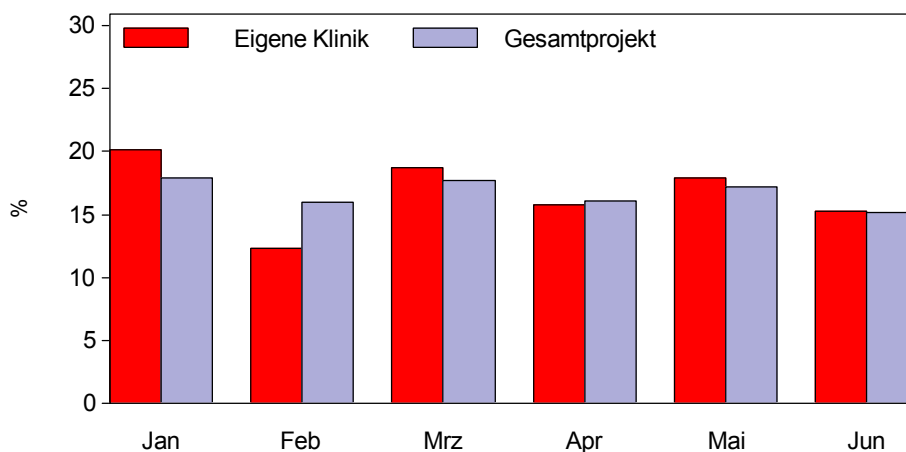
Je nach Strukturqualität der teilnehmenden Einrichtung Vergleich mit allen Einrichtungen mit bzw. ohne zertifizierte Stroke Unit.

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

Anzahl vollständig dokumentierter Patienten pro Klinik



Monatsverteilung aller vollständig dokumentierten Patienten



2. Basisdaten

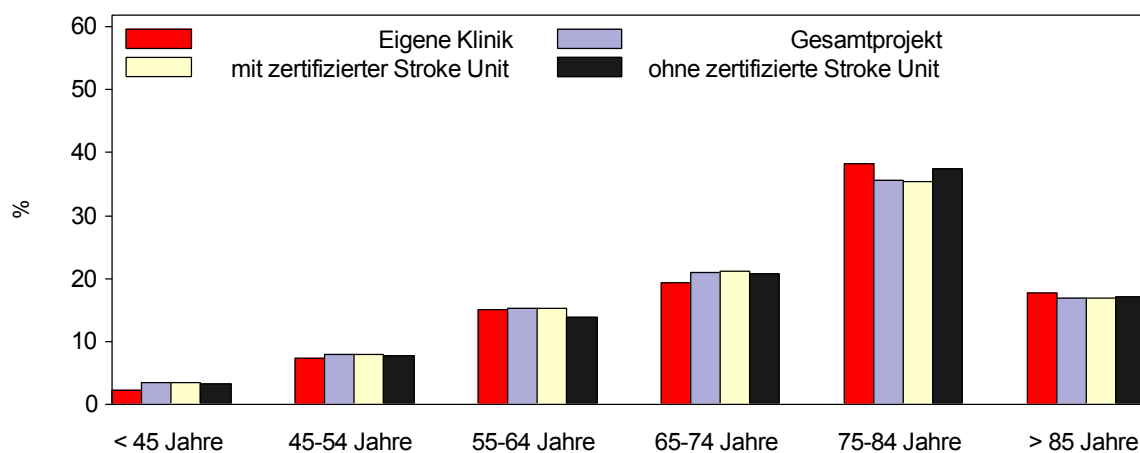
(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

Geschlecht	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	215	52.8	27156	51.3	24113	51.5	3043	49.4
weiblich	192	47.2	25786	48.7	22674	48.5	3112	50.5
fehlende Angabe	0	0.0	11	0.0	7	0.0	4	0.1

Durchschnittsalter	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
Mittelwert, Jahre	73.0		72.2		72.1		72.7	
Anteil ≥ 75 Jahre, %	56.0		52.5		52.2		54.5	
Anteil ≤ 60 Jahre, %	17.4		19.8		19.9		18.5	

Patientenverfügung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	378	92.9	42799	80.8	38144	81.5	4655	75.6
Ja	29	7.1	9990	18.9	8605	18.4	1385	22.5
fehlende Angabe	0	0.0	164	0.3	45	0.1	119	1.9

Altersverteilung in 10-Jahres-Gruppen

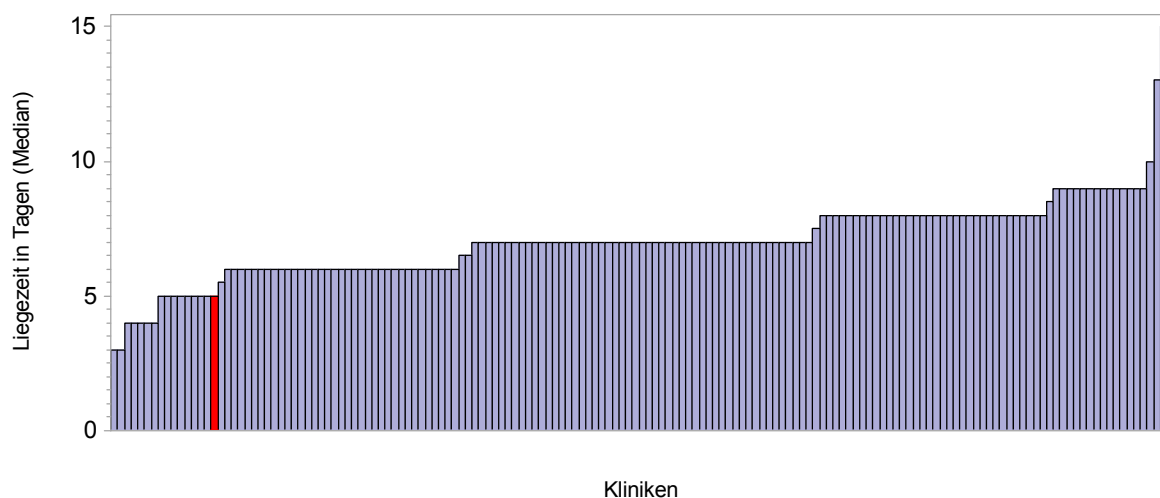


3. Liegezeiten

3.1 Liegezeit gesamt

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

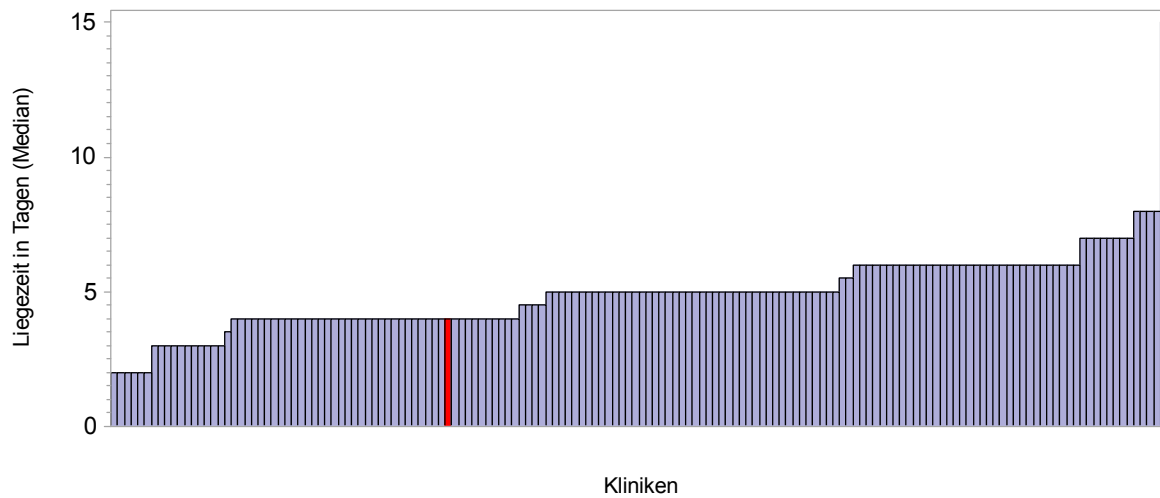
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
Mittelwert	7.2		8.7		8.8		8.2	
Median	5.0		7.0		7.0		7.0	



3.2 Liegezeit bei Patienten mit einer TIA

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hauptdiagnose TIA)

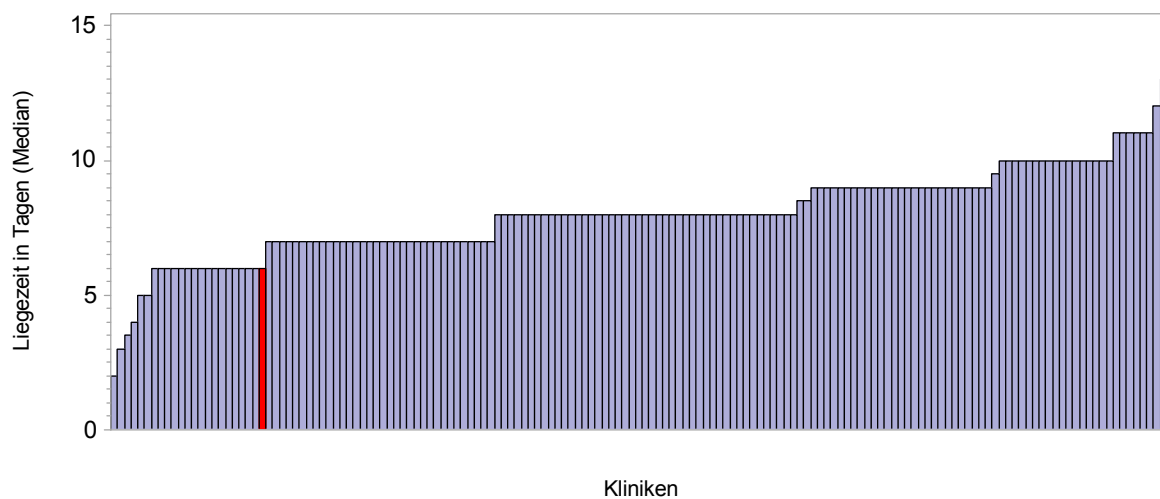
Liegezeit in Tagen	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	4.2	5.5	5.5	5.6
Median	4.0	5.0	5.0	5.0



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	7.8	9.8	9.8	9.3
Median	6.0	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	2.6	3.0	3.0	3.0
Median	3.0	3.0	3.0	3.0

4. Aufnahmezeiten

(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	25	6.4	4121	9.1	3649	9.2	472	8.5
> 1-2 Stunden	70	18.0	8442	18.6	7330	18.4	1112	20.0
> 2-3 Stunden	46	11.8	4929	10.9	4286	10.8	643	11.6
> 3-3.5 Stunden	10	2.6	1632	3.6	1433	3.6	199	3.6
> 3.5-4 Stunden	9	2.3	1311	2.9	1157	2.9	154	2.8
> 4-6 Stunden	26	6.7	4064	9.0	3567	9.0	497	9.0
> 6-24 Stunden	83	21.3	9022	19.9	7928	19.9	1094	19.7
> 24-48 Stunden	26	6.7	2916	6.4	2532	6.4	384	6.9
> 48 Stunden	36	9.3	4302	9.5	3788	9.5	514	9.3
unbekannt	58	14.9	4618	10.2	4159	10.4	459	8.3
fehlende Angabe	0	0.0	40	0.1	21	0.1	19	0.3

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten)

Einweisung: Übernahme des Patienten	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	389	95.6	44908	84.8	39361	84.1	5547	90.1
aus externer Klinik	5	1.2	5897	11.1	5571	11.9	326	5.3
interne Hausverlegung	13	3.2	1562	2.9	1356	2.9	206	3.3
fehlende Angabe	0	0.0	586	1.1	506	1.1	80	1.3

Aufnahmestation	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allgemeinstation	22	5.4	5226	9.9	4653	9.9	573	9.3
Stroke Unit	371	91.2	44205	83.5	38997	83.3	5208	84.6
Intensivstation	14	3.4	2954	5.6	2635	5.6	319	5.2
fehlende Angabe	0	0.0	568	1.1	509	1.1	59	1.0

Aufenthalt auf SU	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	23	5.7	5727	10.8	5106	10.9	621	10.1
Ja	384	94.3	47216	89.2	41684	89.1	5532	89.8
fehlende Angabe	0	0.0	10	0.0	4	0.0	6	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 Anfälle	72	17.7	14374	27.1	12576	26.9	1798	29.2
I60: Subarachnoidalblutung	5	1.2	419	0.8	374	0.8	45	0.7
I61: Intrazerebrale Blutung	26	6.4	2769	5.2	2464	5.3	305	5.0
I63: Hirninfarkt	304	74.7	35250	66.6	31289	66.9	3961	64.3
I64: Schlaganfall nicht Blutung/nicht Infarkt	0	0.0	101	0.2	82	0.2	19	0.3
Andere ICD-10 Klassifikation	0	0.0	40	0.1	9	0.0	31	0.5

(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	61	20.1	7882	22.4	6896	22.0	986	24.9
kardiogen-embolisch	66	21.7	11051	31.4	9888	31.6	1163	29.4
mikroangiopathisch	77	25.3	7303	20.7	6494	20.8	809	20.4
andere gesicherte Ursache	8	2.6	1223	3.5	1085	3.5	138	3.5
unklare Ätiologie	79	26.0	5678	16.1	5104	16.3	574	14.5
konkurrierende Ursache	12	3.9	1294	3.7	1097	3.5	197	5.0
fehlende Angabe	1	0.3	819	2.3	725	2.3	94	2.4

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	52	12.8	7485	14.1	6639	14.2	846	13.8
1: keine Funktionseinschränkung	30	7.4	9256	17.5	8001	17.1	1255	20.5
2: geringe Funktionseinschränkung	87	21.4	11810	22.3	10424	22.3	1386	22.6
3: mäßige Funktionseinschränkung	102	25.1	10126	19.1	8979	19.2	1147	18.7
4: mittlere Funktionseinschränkung	64	15.7	6915	13.1	6119	13.1	796	13.0
5: schwere Funktionseinschränkung	72	17.7	7272	13.7	6613	14.1	659	10.8
fehlende Angabe	0	0.0	49	0.1	10	0.0	39	0.6

Rankin Scale bei Entlassung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0: keine Symptome	116	28.5	16488	31.2	14558	31.1	1930	31.5
1: keine Funktionseinschränkung	54	13.3	10718	20.3	9342	20.0	1376	22.5
2: geringe Funktionseinschränkung	94	23.1	9240	17.5	8188	17.5	1052	17.2
3: mäßige Funktionseinschränkung	51	12.5	5865	11.1	5198	11.1	667	10.9
4: mittlere Funktionseinschränkung	36	8.8	4035	7.6	3603	7.7	432	7.0
5: schwere Funktionseinschränkung	37	9.1	3762	7.1	3402	7.3	360	5.9
6: Tod	19	4.7	2730	5.2	2465	5.3	265	4.3
fehlende Angabe	0	0.0	75	0.1	29	0.1	46	0.8

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	328	80.6	36911	69.8	32837	70.2	4074	66.5
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	7	1.7	6243	11.8	5319	11.4	924	15.1
inkontinent	72	17.7	9721	18.4	8609	18.4	1112	18.1
fehlende Angabe	0	0.0	38	0.1	20	0.0	18	0.3

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	229	56.3	24998	47.2	22336	47.7	2662	43.4
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	58	14.3	11571	21.9	10027	21.4	1544	25.2
große Unterstützung	42	10.3	7451	14.1	6445	13.8	1006	16.4
vollständig abhängig	78	19.2	8856	16.7	7960	17.0	896	14.6
fehlende Angabe	0	0.0	37	0.1	17	0.0	20	0.3

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	213	52.3	21626	40.9	19236	41.1	2390	39.0
geringe Unterstützung (Gehhilfe)	50	12.3	11943	22.6	10387	22.2	1556	25.4
unabhängig im Rollstuhl	53	13.0	8298	15.7	7246	15.5	1052	17.2
vollständig abhängig	91	22.4	11001	20.8	9899	21.2	1102	18.0
fehlende Angabe	0	0.0	45	0.1	17	0.0	28	0.5

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	333	85.8	37829	75.4	33639	75.9	4190	71.5
geleg. Verlust der Blasenkontrolle	14	3.6	5866	11.7	5037	11.4	829	14.1
inkontinent	41	10.6	6420	12.8	5620	12.7	800	13.6
fehlende Angabe	0	0.0	68	0.1	24	0.1	44	0.8

Transfer Bett-Stuhl	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	283	72.9	32227	64.2	28703	64.8	3524	60.1
geringe Unterstützung (Haltehilfe)	40	10.3	8698	17.3	7430	16.8	1268	21.6
große Unterstützung	27	7.0	4914	9.8	4368	9.9	546	9.3
vollständig abhängig	38	9.8	4284	8.5	3798	8.6	486	8.3
fehlende Angabe	0	0.0	60	0.1	21	0.0	39	0.7

Fortbewegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig selbstständig	268	69.1	29092	58.0	25842	58.3	3250	55.4
geringe Unterstützung (Gehhilfe)	44	11.3	9782	19.5	8460	19.1	1322	22.5
unabhängig im Rollstuhl	34	8.8	5506	11.0	4879	11.0	627	10.7
vollständig abhängig	42	10.8	5742	11.4	5116	11.5	626	10.7
fehlende Angabe	0	0.0	61	0.1	23	0.1	38	0.6

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	73.4	69.7	69.9	68.7
Mittelwert bei Entlassung	82.5	78.0	78.2	77.1
Barthel-Differenz*	9.2	8.3	8.3	8.4

*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	173	42.5	24340	46.0	21422	45.8	2918	47.6
Ja	232	57.0	28088	53.1	24936	53.3	3152	51.4
nicht bestimmbar	2	0.5	467	0.9	419	0.9	48	0.8
fehlende Angabe	0	0.0	18	0.0	8	0.0	10	0.2

Sprachstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	295	72.5	38401	72.6	34001	72.7	4400	71.8
Ja	110	27.0	13766	26.0	12125	25.9	1641	26.8
nicht bestimmbar	2	0.5	714	1.3	645	1.4	69	1.1
fehlende Angabe	0	0.0	32	0.1	14	0.0	18	0.3

Sprechstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	224	55.0	33178	62.7	29119	62.2	4059	66.2
Ja	181	44.5	18748	35.4	16791	35.9	1957	31.9
nicht bestimmbar	2	0.5	930	1.8	842	1.8	88	1.4
fehlende Angabe	0	0.0	57	0.1	33	0.1	24	0.4

Schluckstörungen	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	299	73.5	42425	80.2	37540	80.2	4885	79.7
Ja	105	25.8	8986	17.0	7992	17.1	994	16.2
nicht bestimmbar	3	0.7	1336	2.5	1154	2.5	182	3.0
fehlende Angabe	0	0.0	166	0.3	99	0.2	67	1.1

Bewußtsein	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
wach	374	91.9	48666	92.0	42991	91.9	5675	92.6
somnolent-stuporös	21	5.2	3282	6.2	2936	6.3	346	5.6
komatös	12	2.9	910	1.7	839	1.8	71	1.2
fehlende Angabe	0	0.0	55	0.1	19	0.0	36	0.6

5.5 NIH Stroke Scale bei Aufnahme

(Grundgesamtheit: alle vollständig dokumentierten Patienten mit Hirninfarkt)

NIH Stroke Scale	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Mittelwert	5.3	5.9	6.0	5.8
Median	3.0	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	90	22.1	14599	27.6	12883	27.5	1716	28.0
Hypertonie	359	88.2	44417	83.9	39299	84.0	5118	83.5
Vorhofflimmern (vorbekannt)	72	17.7	10378	19.6	9218	19.7	1160	18.9
Vorhofflimmern (neu diagn.)	24	5.9	3835	7.2	3330	7.1	505	8.2
Früherer Herzinfarkt	29	7.1	4842	9.2	4318	9.2	524	8.6
Früherer Schlaganfall	108	26.5	13307	25.1	11783	25.2	1524	24.9
Hypercholesterinämie	330	81.1	29591	55.9	26387	56.4	3204	52.3

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	1	0.2	151	0.3	130	0.3	21	0.3
1. Bildg. extern vor Aufnahme	25	6.1	5220	9.9	4958	10.6	262	4.3
1. Bildg. im eigenen Haus	381	93.6	47519	89.8	41674	89.1	5845	95.4
fehlende Angabe	0	0.0	23	0.0	23	0.0	0	0.0

Art der Bildgebung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CT	379	99.5	42736	89.9	37584	90.2	5152	88.1
MRT	40	10.5	21948	46.2	19646	47.1	2302	39.4

*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	204	53.5	18555	39.0	16261	39.0	2294	39.2
> 0.5-1 Stunde	83	21.8	11241	23.7	9811	23.5	1430	24.5
> 1-3 Stunden	88	23.1	12472	26.2	11013	26.4	1459	25.0
> 3-6 Stunden	5	1.3	3058	6.4	2755	6.6	303	5.2
> 6 Stunden	1	0.3	1716	3.6	1458	3.5	258	4.4
fehlende Angabe	0	0.0	477	1.0	376	0.9	101	1.7

*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	131		288		285		326	
50% Perzentil: Median	27.0		41.0		41.0		40.0	
5% Perzentil	3.0		7.0		7.0		6.0	

*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	188	46.2	18878	35.7	16371	35.0	2507	40.9
vor Aufnahme	6	1.5	1655	3.1	1571	3.4	84	1.4
im eigenen Haus < 48h	201	49.4	29604	55.9	26321	56.3	3283	53.6
im eigenen Haus ≥ 48h	12	2.9	2727	5.2	2504	5.4	223	3.6
fehlende Angabe	0	0.0	49	0.1	18	0.0	31	0.5

Hirngefäßdiagnostik (Doppler /Duplex)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	23	5.7	5984	11.3	5183	11.1	801	13.1
vor Aufnahme	0	0.0	345	0.7	308	0.7	37	0.6
im eigenen Haus < 48h	372	91.4	42164	79.7	37474	80.1	4690	76.5
im eigenen Haus ≥ 48h	12	2.9	4254	8.0	3742	8.0	512	8.4
fehlende Angabe	0	0.0	166	0.3	78	0.2	88	1.4

Gefäßverschluss*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	321	81.3	43004	84.7	37828	84.0	5176	90.2
Ja	45	11.4	6584	13.0	6104	13.5	480	8.4
fehlende Angabe	29	7.3	1202	2.4	1119	2.5	83	1.4

*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	7	1.7	1132	2.1	1036	2.2	96	1.6
M1	11	2.7	2290	4.3	2167	4.6	123	2.0
M2	10	2.5	1172	2.2	1102	2.4	70	1.1
BA	3	0.7	390	0.7	361	0.8	29	0.5
Sonstige	18	4.4	2380	4.5	2176	4.7	204	3.3

*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	399	98.0	51246	96.8	45392	97.0	5854	95.0
Ja	8	2.0	1670	3.2	1388	3.0	282	4.6
fehlende Angabe	0	0.0	37	0.1	14	0.0	23	0.4

Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 30 Minuten	0	0.0	327	19.6	291	21.0	36	12.8
≥ 30 - < 60 Minuten	1	12.5	451	27.0	389	28.0	62	22.0
≥ 60 - < 120 Minuten	2	25.0	425	25.4	332	23.9	93	33.0
≥ 120 Minuten	5	62.5	462	27.7	371	26.7	91	32.3
fehlende Angabe	0	0.0	5	0.3	5	0.4	0	0.0

*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	31	7.6	5471	10.3	4375	9.4	1096	17.9
Ja	376	92.4	47393	89.6	42383	90.6	5010	81.8
fehlende Angabe	0	0.0	49	0.1	27	0.1	22	0.4

Schlucktestung nach Protokoll	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	33	8.1	6102	11.5	5235	11.2	867	14.1
Ja	374	91.9	46753	88.4	41536	88.8	5217	85.1
fehlende Angabe	0	0.0	58	0.1	14	0.0	44	0.7

Ipsilaterale ACI-Stenose	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	360	88.5	45835	86.6	40453	86.5	5382	87.8
< 50%	7	1.7	1591	3.0	1459	3.1	132	2.2
50-< 70%	5	1.2	1087	2.1	973	2.1	114	1.9
70-99%	13	3.2	1825	3.4	1655	3.5	170	2.8
100% (Verschluss)	13	3.2	1583	3.0	1431	3.1	152	2.5
nicht untersucht	9	2.2	929	1.8	785	1.7	144	2.3
fehlende Angabe	0	0.0	63	0.1	29	0.1	34	0.6

Operative Revaskularisation der ACI veranlaßt oder empfohlen*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	2	15.4	394	21.6	357	21.6	37	21.8
Verlegt zur OP	10	76.9	476	26.1	424	25.6	52	30.6
Verlegt zum Stenting	0	0.0	53	2.9	47	2.8	6	3.5
OP während dok. Aufenth.	0	0.0	412	22.6	385	23.3	27	15.9
Stenting während dok. Aufenth.	0	0.0	308	16.9	292	17.6	16	9.4
Sonstiges	1	7.7	168	9.2	141	8.5	27	15.9
fehlende Angabe	0	0.0	14	0.8	9	0.5	5	2.9

*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	282	75.0	35318	71.2	31358	71.5	3960	68.8
Vit.K-Antagonisten einschl. Heparin	24	6.4	4894	9.9	4328	9.9	566	9.8
neue orale Antikoag.	70	18.6	9251	18.6	8125	18.5	1126	19.6
fehlende Angabe	0	0.0	161	0.3	54	0.1	107	1.9

(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	96	26.4	12446	26.2	10997	26.2	1449	26.1
Ja	268	73.6	35105	73.8	31017	73.8	4088	73.6
fehlende Angabe	0	0.0	37	0.1	18	0.0	19	0.3

(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	383	94.1	50337	95.1	44374	94.8	5963	97.3
Ja	24	5.9	2500	4.7	2378	5.1	122	2.0
fehlende Angabe	0	0.0	76	0.1	33	0.1	43	0.7

Antihypertensiva	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	57	14.0	9495	17.9	8412	18.0	1083	17.7
Ja	350	86.0	43375	82.0	38353	82.0	5022	82.0
fehlende Angabe	0	0.0	43	0.1	20	0.0	23	0.4

Antidiabetika	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	331	81.3	39785	75.2	35211	75.3	4574	74.6
Ja	76	18.7	12597	23.8	11072	23.7	1525	24.9
fehlende Angabe	0	0.0	531	1.0	502	1.1	29	0.5

Statine	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	81	19.9	10566	20.0	9283	19.8	1283	20.9
Ja	326	80.1	42300	79.9	37480	80.1	4820	78.7
fehlende Angabe	0	0.0	47	0.1	22	0.0	25	0.4

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	16	3.9	5281	10.0	4738	10.1	543	8.9
≤ Tag 2 nach Aufnahme	391	96.1	46734	88.3	41246	88.2	5488	89.6
> Tag 2 nach Aufnahme	0	0.0	864	1.6	793	1.7	71	1.2
fehlende Angabe	0	0.0	34	0.1	8	0.0	26	0.4

Logopädie	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	42	10.3	10109	19.1	8930	19.1	1179	19.2
≤ Tag 2 nach Aufnahme	364	89.4	41951	79.3	37113	79.3	4838	78.9
> Tag 2 nach Aufnahme	1	0.2	794	1.5	732	1.6	62	1.0
fehlende Angabe	0	0.0	59	0.1	10	0.0	49	0.8

Mobilisierung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	18	4.4	4086	7.7	3638	7.8	448	7.3
≤ Tag 2 nach Aufnahme	386	94.8	47707	90.2	42159	90.1	5548	90.5
> Tag 2 nach Aufnahme	3	0.7	1039	2.0	974	2.1	65	1.1
fehlende Angabe	0	0.0	81	0.2	14	0.0	67	1.1

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	72	0.1	49	0.1	23	0.4
Patienten ohne Komplikation(en)	338	83.0	42205	79.8	37220	79.6	4985	81.3
Patienten mit Komplikation(en)	69	17.0	10636	20.1	9516	20.3	1120	18.3

Art der Komplikation(en)*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pneumonie	25	6.1	3226	6.1	2947	6.3	279	4.6
erhöhter Hirndruck	12	2.9	980	1.9	921	2.0	59	1.0
Harnwegsinfektion	8	2.0	2593	4.9	2295	4.9	298	4.9
Reinfarkt	8	2.0	614	1.2	561	1.2	53	0.9
Intrazerebrale Blutung	6	1.5	858	1.6	768	1.6	90	1.5
Thrombose	1	0.2	167	0.3	149	0.3	18	0.3
Andere Komplikationen	19	4.7	5059	9.6	4483	9.6	576	9.4

*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	250	61.4	33607	63.5	29670	63.4	3937	64.2
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	5	1.2	1137	2.1	1016	2.2	121	2.0
Beh. aus sonst. Gründen beendet	4	1.0	139	0.3	121	0.3	18	0.3
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	8	2.0	996	1.9	896	1.9	100	1.6
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	4	0.0	3	0.0	1	0.0
Verlegung in anderes KH	41	10.1	3799	7.2	3352	7.2	447	7.3
Tod	19	4.7	2730	5.2	2465	5.3	265	4.3
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0.0	280	0.5	216	0.5	64	1.0
Entlassung in Rehaeinrichtung	31	7.6	6762	12.8	6116	13.1	646	10.5
Entlassung in Pflegeeinrichtung	42	10.3	2288	4.3	1978	4.2	310	5.1
Entlassung in Hospiz	7	1.7	70	0.1	59	0.1	11	0.2
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	34	0.1	27	0.1	7	0.1
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	10	0.0	8	0.0	2	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	29	0.1	25	0.1	4	0.1
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	0	0.0	832	1.6	650	1.4	182	3.0
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	30	0.1	17	0.0	13	0.2
fehlende Angabe	0	0.0	166	0.3	166	0.4	0	0.0

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	186	61.2	20491	58.1	18152	58.0	2339	59.1
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	4	1.3	705	2.0	648	2.1	57	1.4
Beh. aus sonst. Gründen beendet	2	0.7	76	0.2	64	0.2	12	0.3
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	4	1.3	490	1.4	450	1.4	40	1.0
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	4	0.0	3	0.0	1	0.0
Verlegung in anderes KH	31	10.2	2909	8.3	2587	8.3	322	8.1
Tod	11	3.6	1997	5.7	1797	5.7	200	5.0
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0.0	218	0.6	172	0.5	46	1.2
Entlassung in Rehaeinrichtung	29	9.5	5848	16.6	5278	16.9	570	14.4
Entlassung in Pflegeeinrichtung	31	10.2	1656	4.7	1425	4.6	231	5.8
Entlassung in Hospiz	6	2.0	63	0.2	54	0.2	9	0.2
ext. Verlegung zur psychiatr. Behandlung	0	0.0	21	0.1	15	0.0	6	0.2
Beh. aus sonst. Gründen beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	7	0.0	6	0.0	1	0.0
Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	14	0.0	13	0.0	1	0.0
interne Verl., Wechsel der Fallpauschale	0	0.0	606	1.7	487	1.6	119	3.0
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	18	0.1	11	0.0	7	0.2
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	127	0.4	127	0.4	0	0.0

9.3 Ende der Akutbehandlung für Patienten mit Intrazerebraler Blutung oder SAB

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

Entlassung /Verlegung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Beh. regulär beendet	5	16.1	895	28.1	799	28.2	96	27.4
Beh. regulär beendet, nachstat. vorgesehen	0	0.0	36	1.1	32	1.1	4	1.1
Beh. aus sonst. Gründen beendet	0	0.0	4	0.1	2	0.1	2	0.6
Beh. gegen ärztl. Rat beendet	2	6.5	29	0.9	27	1.0	2	0.6
Zuständigkeitswechsel Kostenträger	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Verlegung in anderes KH	8	25.8	560	17.6	479	16.9	81	23.1
Tod	7	22.6	686	21.5	625	22.0	61	17.4
Verlegung in anderes KH im Rahmen einer Zusammenarbeit	0	0.0	34	1.1	24	0.8	10	2.9
Entlassung in Rehaeinrichtung	2	6.5	725	22.7	669	23.6	56	16.0
Entlassung in Pflegeeinrichtung	6	19.4	154	4.8	136	4.8	18	5.1
Entlassung in Hospiz	1	3.2	6	0.2	4	0.1	2	0.6
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	0.3
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	49	1.5	33	1.2	16	4.6
Fallabschluss, Wechsel zwischen voll.- teilstat.	0	0.0	3	0.1	2	0.1	1	0.3
Entl. Jahresende, Aufn. im Vorjahr	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
fehlende Angabe	0	0.0	5	0.2	5	0.2	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	265	68.3	28561	56.9	25312	57.1	3249	55.4
Neurologische Rehabilitation Phase B	3	0.8	3187	6.4	2863	6.5	324	5.5
Neurologische Rehabilitation Phase C	15	3.9	4280	8.5	3816	8.6	464	7.9
Neurologische Rehabilitation Phase D - stationär	46	11.9	6674	13.3	5931	13.4	743	12.7
Neurologische Rehabilitation Phase D - ambulant/teilstationär	4	1.0	2113	4.2	1907	4.3	206	3.5
Geriatrische Rehabilitation	51	13.1	4111	8.2	3514	7.9	597	10.2
Sonstige Rehabilitation	4	1.0	1102	2.2	868	2.0	234	4.0
fehlende Angabe	0	0.0	155	0.3	109	0.2	46	0.8

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	199	65.5	28452	80.7	25211	80.6	3241	81.8
Verlegung zur Thrombolyse	0	0.0	51	0.1	44	0.1	7	0.2
ja, vorbehandelnder Einrichtung	1	0.3	677	1.9	671	2.1	6	0.2
ja, im eigenen Haus	104	34.2	6053	17.2	5356	17.1	697	17.6
fehlende Angabe	0	0.0	17	0.0	7	0.0	10	0.3

Intraartrielle Therapie (IAT)	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	286	94.1	32568	92.4	28760	91.9	3808	96.1
Verlegung zur IAT	1	0.3	465	1.3	381	1.2	84	2.1
ja, im eigenen Haus	17	5.6	2188	6.2	2139	6.8	49	1.2
fehlende Angabe	0	0.0	29	0.1	9	0.0	20	0.5

11.2 Lyse bei Einweisung innerhalb der ersten 3 Stunden nach Ereignis

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

Thrombolyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	23	21.7	6630	55.4	5740	54.7	890	60.0
Verlegung zur Thrombolyse	0	0.0	19	0.2	17	0.2	2	0.1
ja, vorbehandelnder Einrichtung	0	0.0	228	1.9	226	2.2	2	0.1
ja, im eigenen Haus	83	78.3	5090	42.5	4502	42.9	588	39.6
fehlende Angabe	0	0.0	2	0.0	1	0.0	1	0.1

11.3. Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung

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

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	88	85.4	7018	62.0	6211	62.9	807	55.9
> 0.5-1 Stunde	8	7.8	2403	21.2	2108	21.4	295	20.4
> 1-3 Stunden	7	6.8	1283	11.3	1063	10.8	220	15.2
> 3-6 Stunden	0	0.0	249	2.2	213	2.2	36	2.5
> 6 Stunden	0	0.0	232	2.1	183	1.9	49	3.4
fehlende Angabe	0	0.0	127	1.1	91	0.9	36	2.5

11.4. Zeit Aufnahme - Beginn Lyse

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

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 0.5 Stunden	51	49.0	1814	30.0	1611	30.1	203	29.1
> 0.5-1 Stunde	39	37.5	2868	47.4	2577	48.1	291	41.8
> 1-2 Stunden	10	9.6	1055	17.4	906	16.9	149	21.4
> 2-3 Stunden	2	1.9	139	2.3	117	2.2	22	3.2
> 3-4 Stunden	1	1.0	41	0.7	31	0.6	10	1.4
> 4-6 Stunden	0	0.0	20	0.3	17	0.3	3	0.4
> 6 Stunden	1	1.0	80	1.3	62	1.2	18	2.6
fehlende Angabe	0	0.0	36	0.6	35	0.7	1	0.1

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse in Minuten	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
95% Perzentil	94.0	117	111	161
50% Perzentil: Median	31.5	40.0	40.0	44.0
5% Perzentil	16.0	16.0	16.0	15.0

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	0	0.0	202	9.2	197	9.2	5	10.2
> 0.5-1 Stunde	0	0.0	541	24.7	530	24.8	11	22.4
> 1-2 Stunden	7	41.2	963	44.0	943	44.1	20	40.8
> 2-3 Stunden	9	52.9	190	8.7	185	8.6	5	10.2
> 3-4 Stunden	1	5.9	84	3.8	82	3.8	2	4.1
> 4-6 Stunden	0	0.0	47	2.1	47	2.2	0	0.0
> 6 Stunden	0	0.0	137	6.3	132	6.2	5	10.2
fehlende Angabe	0	0.0	24	1.1	23	1.1	1	2.0

Zeit Aufnahme - Leistenpunktion in Minuten	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
95% Perzentil	213		977		909		999	
50% Perzentil: Median	124		75.0		75.0		71.0	
5% Perzentil	88.0		23.0		23.0		22.0	

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	138		152		152		125	
50% Perzentil: Median	99.0		35.0		35.0		43.5	
5% Perzentil	66.0		0.0		0.0		0.0	

erfolgreiche Rekanalisation*	eigene Klinik		Gesamtprojekt		mit zert. SU		ohne zert. SU	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nein	4	23.5	319	14.6	313	14.6	6	12.2
Ja	13	76.5	1859	85.0	1818	85.0	41	83.7
fehlende Angabe	0	0.0	10	0.5	8	0.4	2	4.1

* bezogen auf alle im eigenen Haus durchgeführten IAT

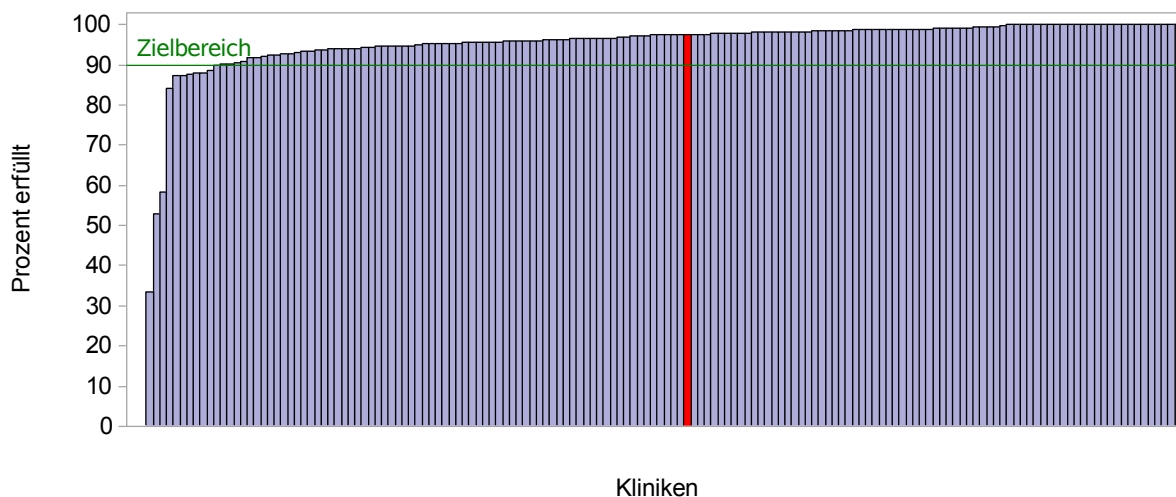
12. Qualitätsindikatoren (QI)

12.1 Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/Ergotherapie

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	97.6	95.6	95.5	96.2

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

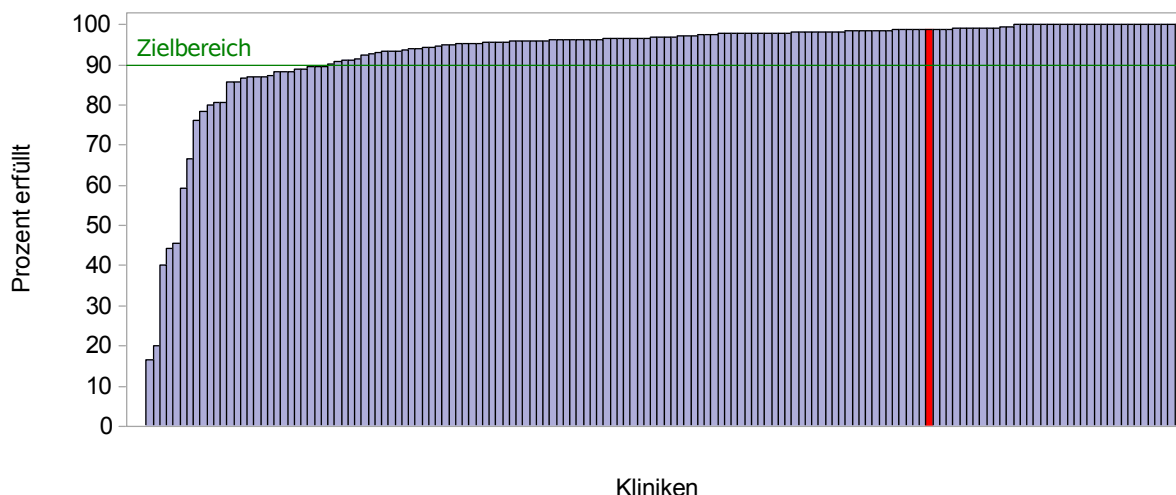


12.2 Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	98.9	95.2	95.2	94.5

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

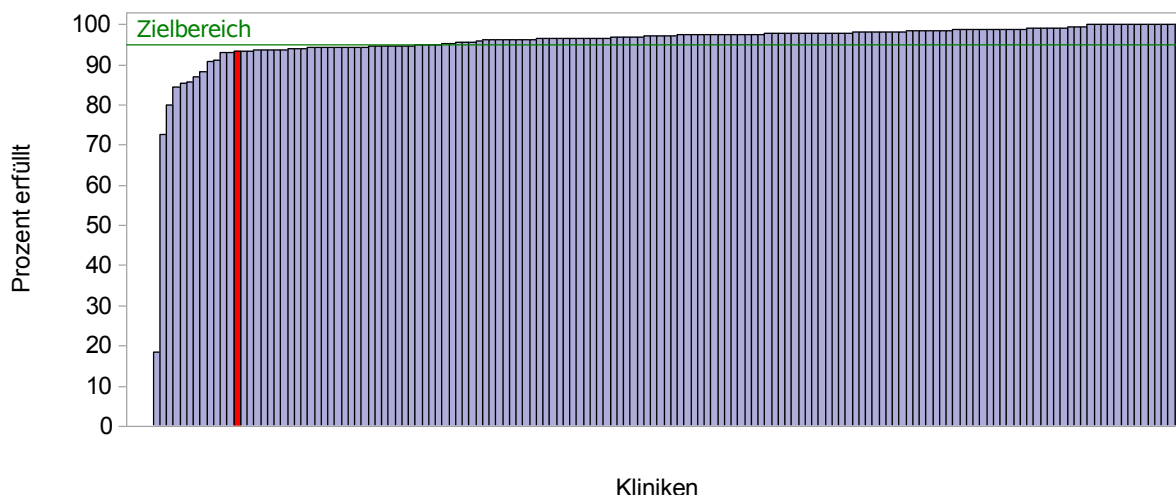


12.3 Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

Qualitätsziel:	Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern zum Zeitpunkt der Entlassung als Sekundärprophylaxe nach Hirninfarkt oder TIA sofern keine Kontraindikationen bestehen.
Zielbereich:	≥ 95%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Entlassung/Verlegung.
Nenner:	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.
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	93.4	96.4	96.5	96.0

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

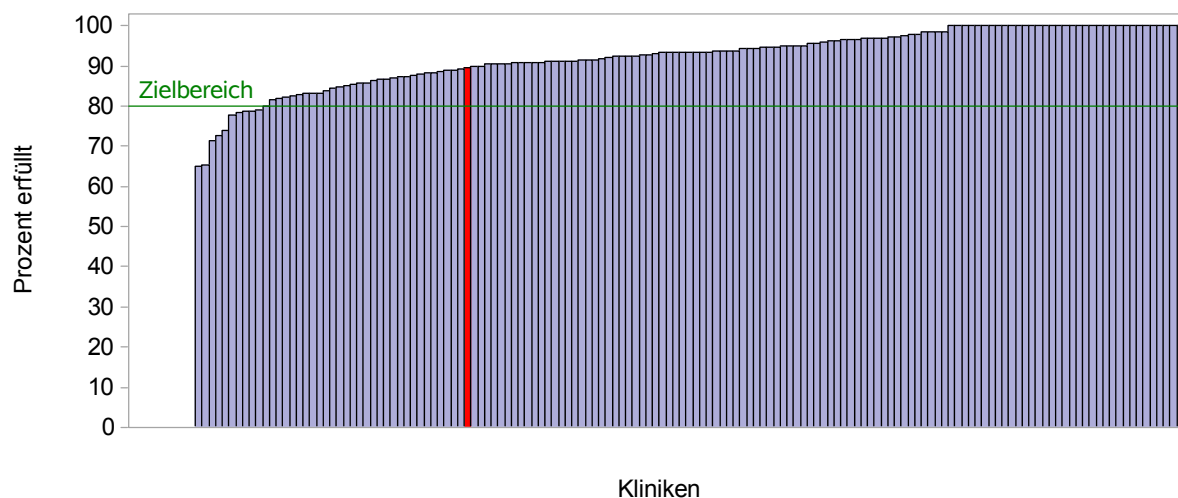


12.4 Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

Qualitätsziel:	Therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach Hirninfarkt oder TIA als Sekundärprophylaxe bei Entlassung sofern keine Kontraindikationen bestehen.
Zielbereich:	≥ 80%
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler:	Anzahl der Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung.
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 Pat
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	89.6	91.4	91.3	92.6

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

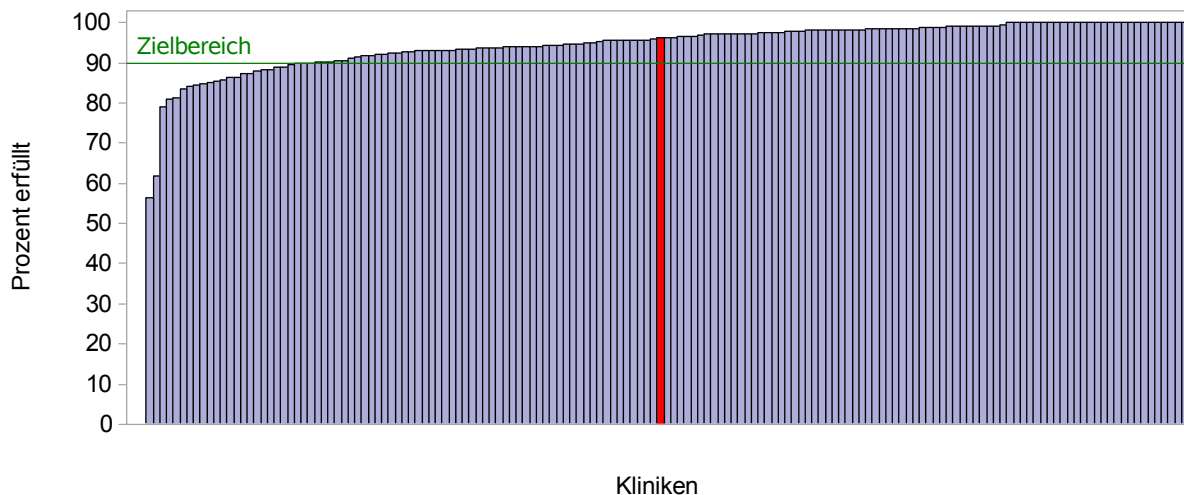


12.5 Frühzeitige Mobilisierung

Qualitätsziel:	Frühzeitige Mobilisierung bettlägeriger Patienten innerhalb ≤ 2 Tage nach Aufnahme.
Zielbereich:	$\geq 90\%$
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Anzahl der Patienten, die innerhalb von 2 Tagen nach Aufnahme mobilisiert wurden.
Nenner:	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.
Risikoadjustierung:	Keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	96.2	94.0	93.6	96.9

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

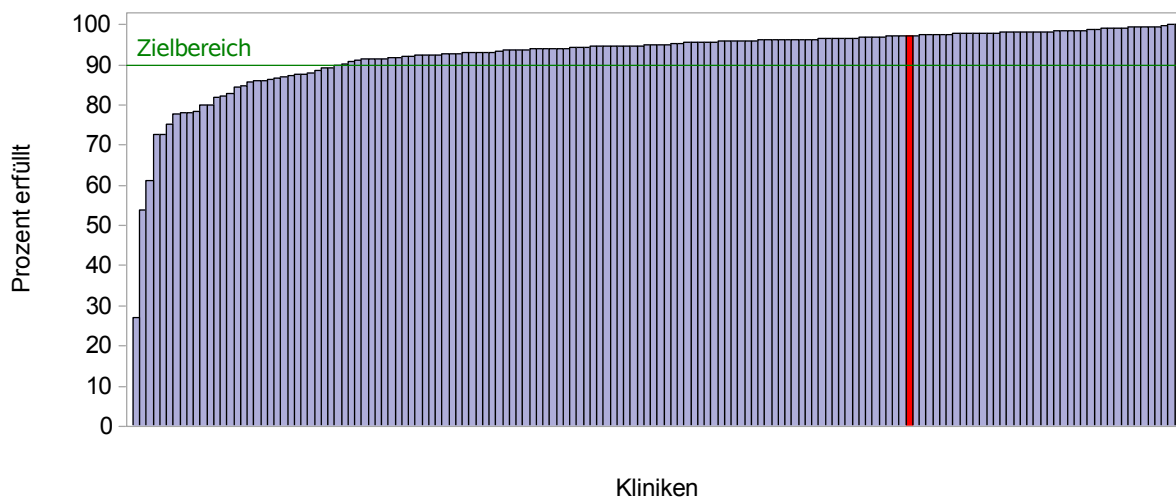


12.6 Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	97.3	93.9	94.4	90.7

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

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 Tage in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen verlegt wurden sowie Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 24 Stunden, sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, Schweregrad (operationalisiert durch die Anzahl der neurologischen Ausfälle), Vorhofflimmern, Diabetes, vorheriger Schlaganfall.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

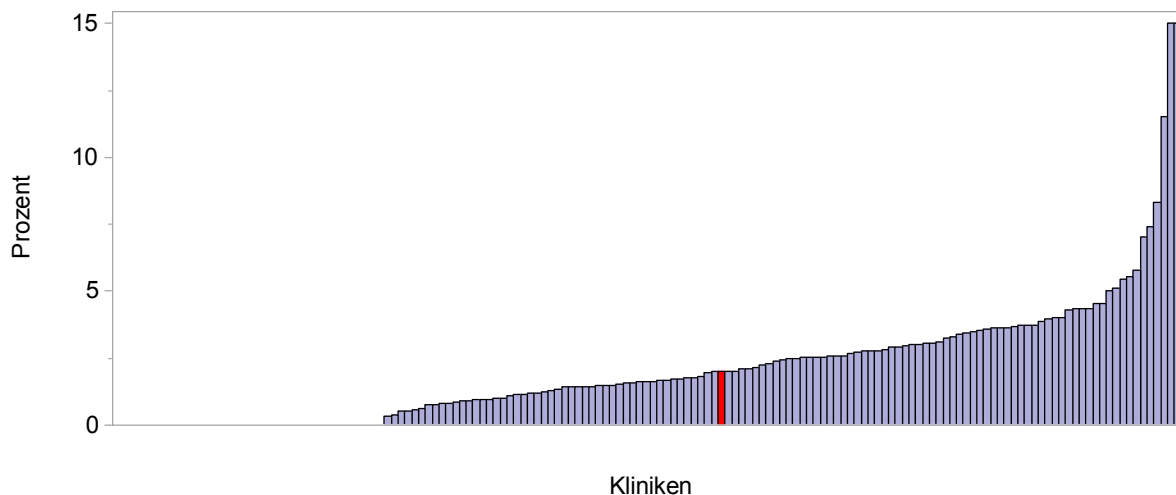
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	2.0	2.3	2.3	1.9

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
0.56	0.16	bis	1.42

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

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 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.
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, Schweregrad (operationalisiert durch die Anzahl der neurologischen Ausfälle), Vorhofflimmern, Diabetes, vorheriger Schlaganfall.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

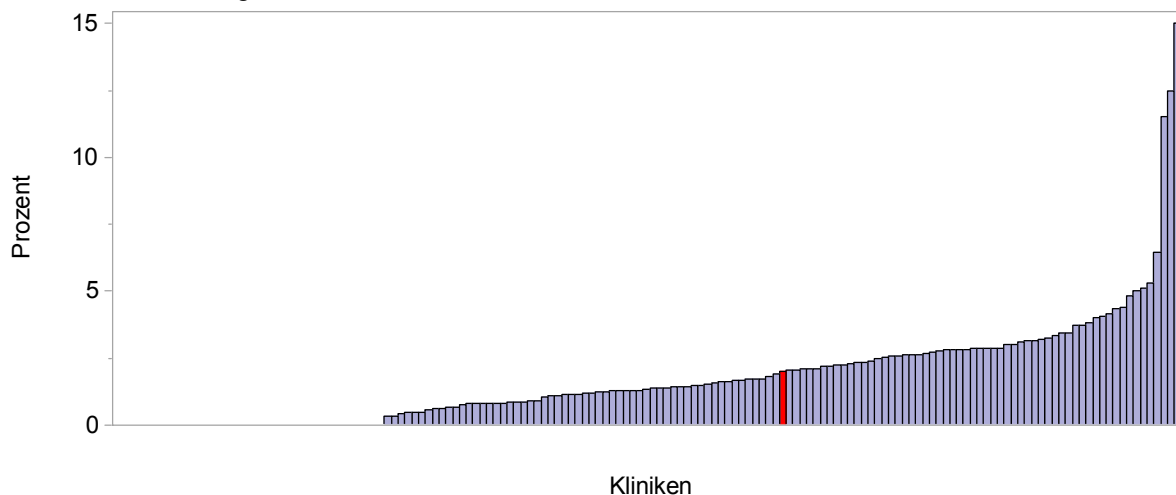
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	2.0	1.9	2.0	1.5

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
0.84	0.25	bis	2.10

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

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 24 Stunden .
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, Schweregrad (operationalisiert durch die Anzahl der neurologischen Ausfälle), Beatmung.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

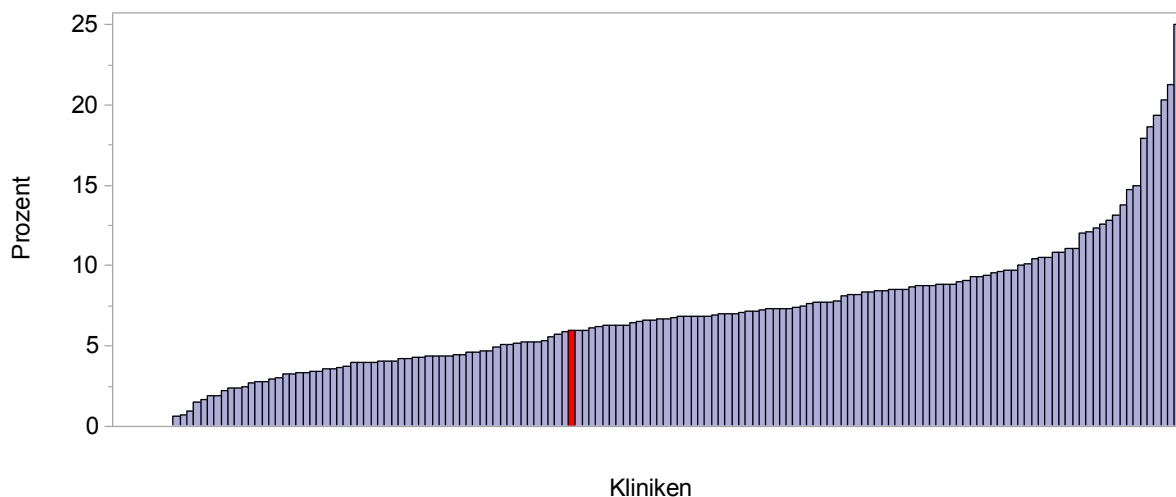
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Komplikation Pneumonie	6.0	7.5	7.7	5.7

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
0.66	0.38	bis	1.08

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.

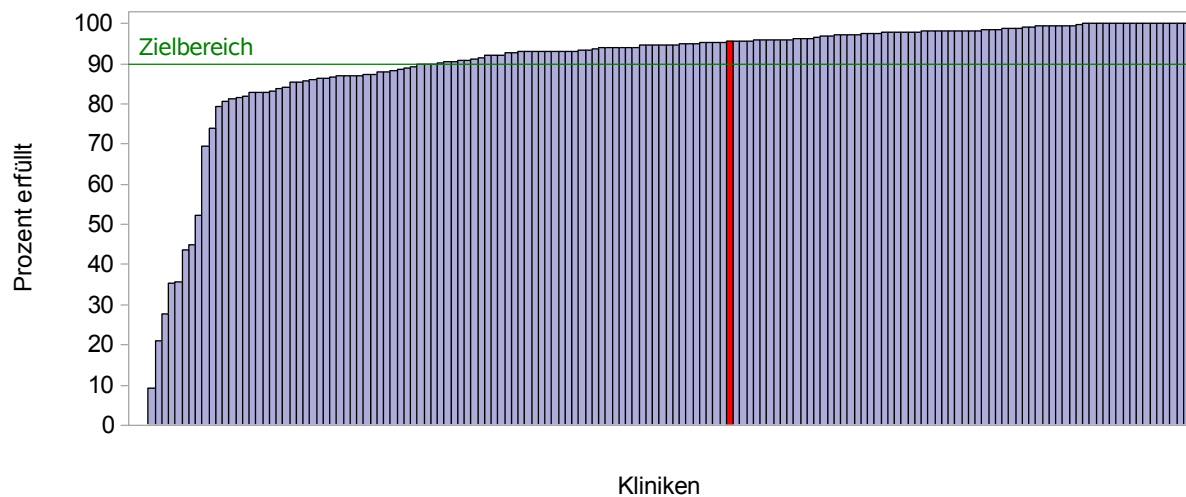


12.9 Screening für Schluckstörungen

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	95.6	91.8	91.9	90.7

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

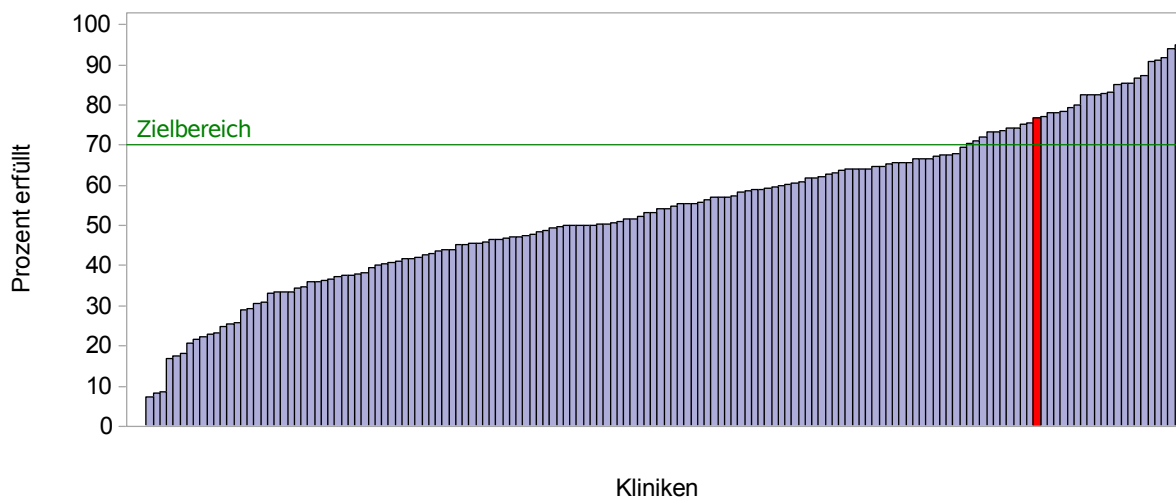


12.10 Anteil der Patienten mit Bildgebung innerhalb von 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden

Qualitätsziel:	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" ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden.
Zielbereich:	$\geq 70\%$
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Patienten mit Intervall "Aufnahme - 1. Bildgebung" (CCT und/oder MRT) ≤ 30 Minuten.
Nenner:	Alle Patienten mit Intervall "Ereignis - Aufnahme" ≤ 4 Stunden (ohne Patienten mit Bildgebung vor Aufnahme).
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	76.7	53.9	54.4	51.0

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

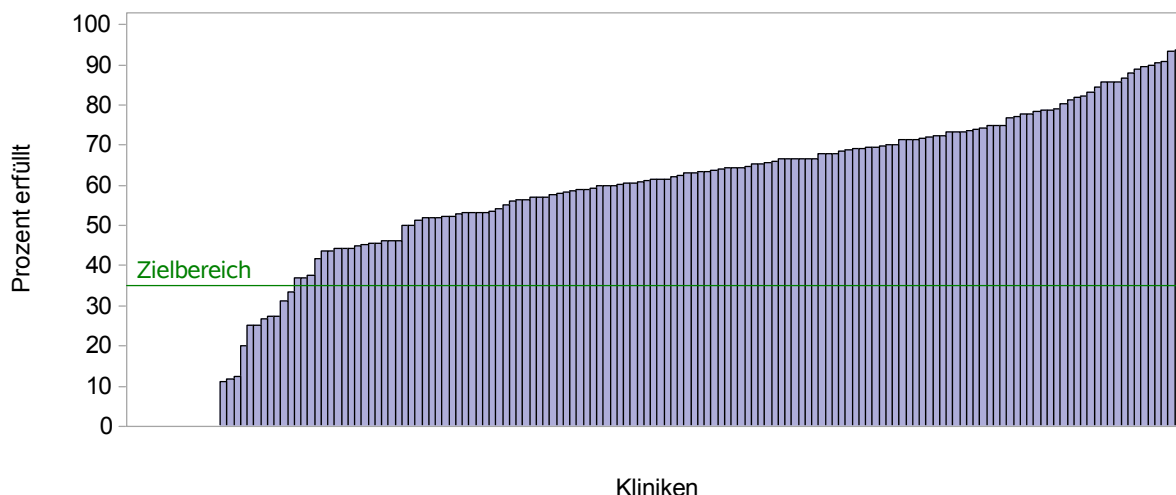


12.11 a) Frühe systemische Thrombolyse (NIHSSA 4 bis 25, Alter 18 bis 80 Jahre)

Qualitätsziel:	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die bei entsprechenden Voraussetzungen eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.
Zielbereich:	nicht definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Alle Patienten mit intravenöser Lysetherapie.
Nenner:	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 mit IAT sind ausgeschlossen.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	94.1	63.1	63.7	58.4

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

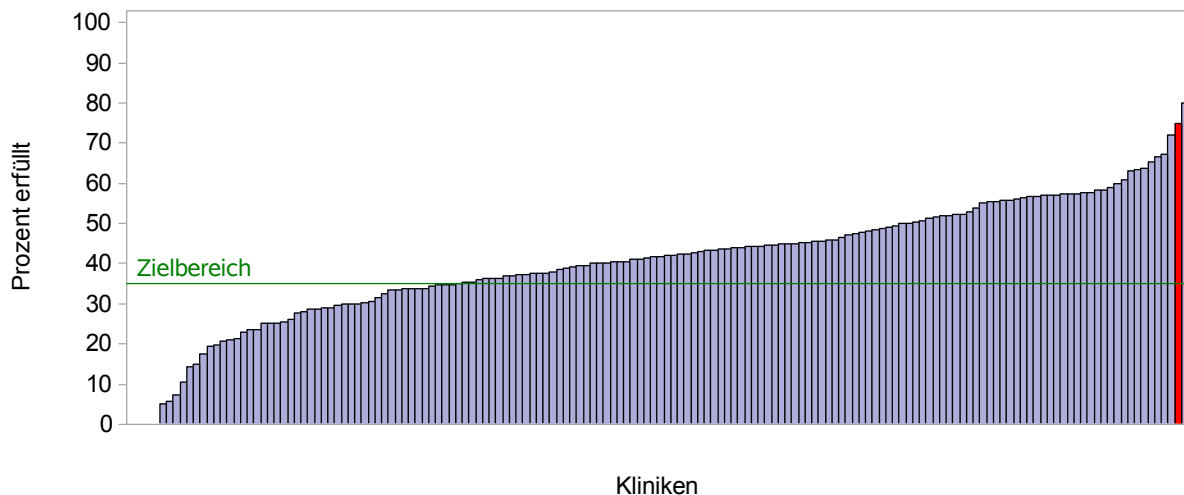


12.11 b) Frühe systemische Thrombolyse

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	75.0	42.6	43.1	38.6

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

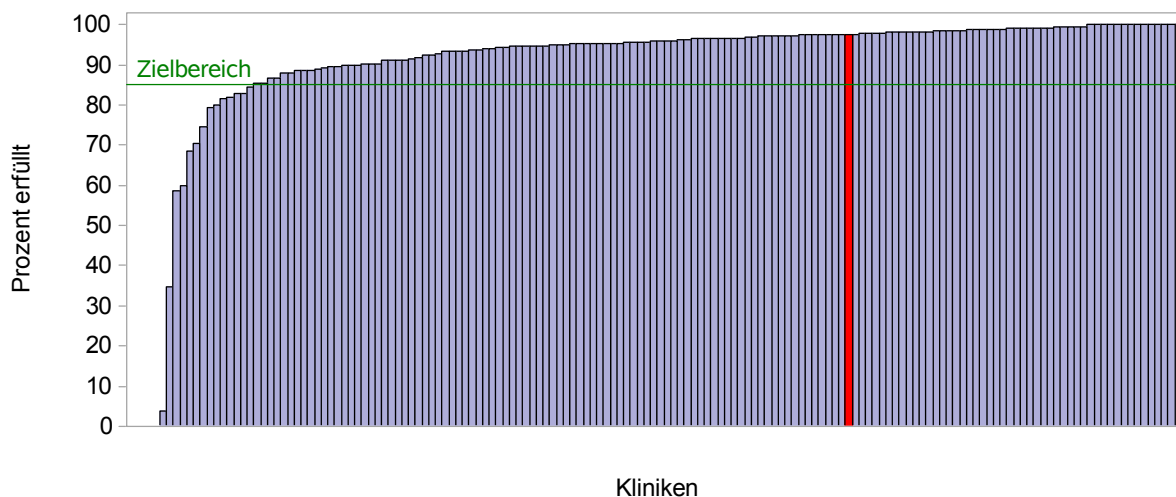


12.12 Behandlung auf einer Stroke Unit

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	97.6	93.1	93.1	93.4

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

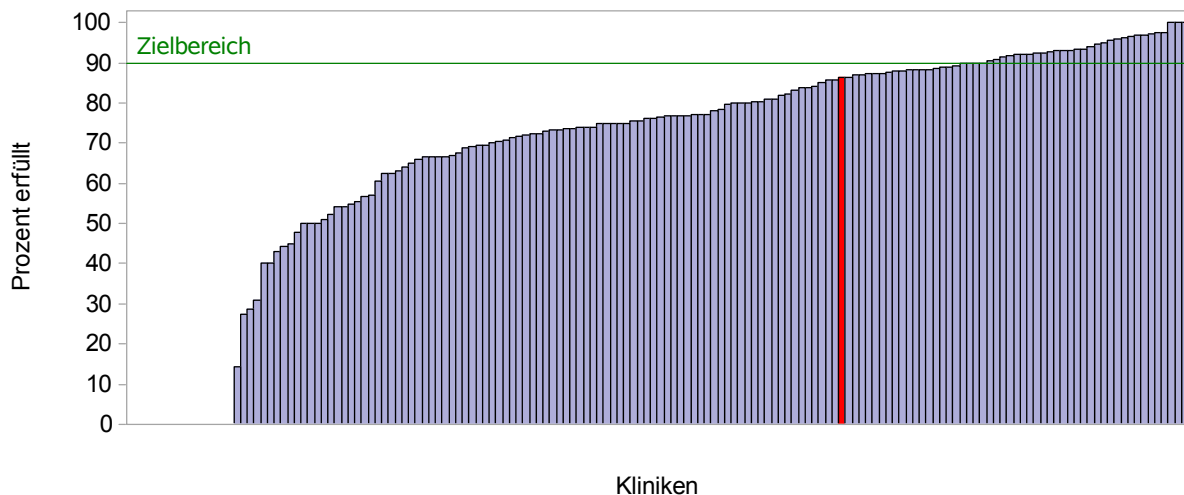


12.13 Door-to-needle time ≤ 1 Stunde

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	86.5	77.9	78.7	71.3

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

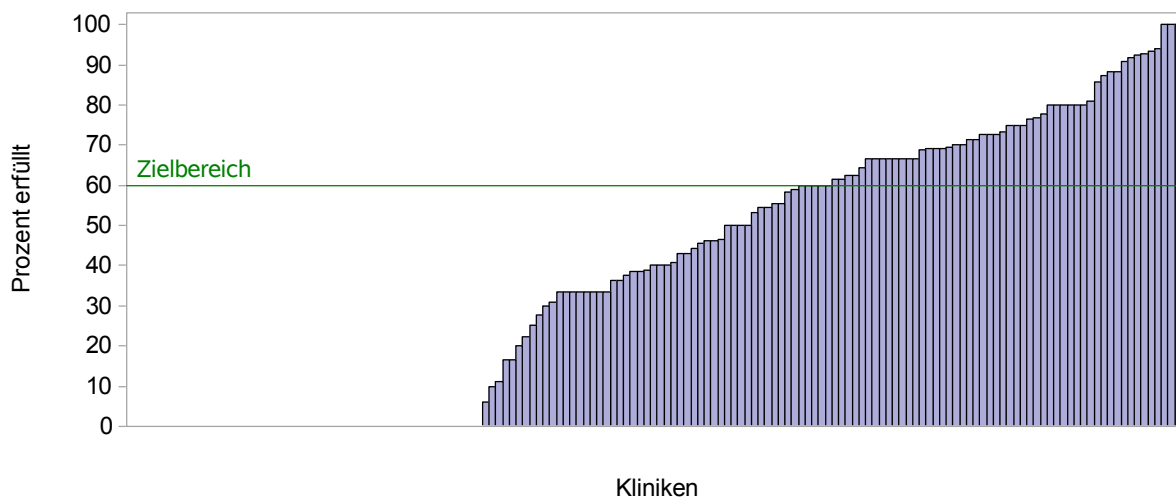


12.14 Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	100	57.6	58.7	46.0

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

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 ohne Fälle mit Patientenverfügung .
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, NIHSS bei Aufnahme, sekundäre symptomatische intrazerebrale Blutung.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

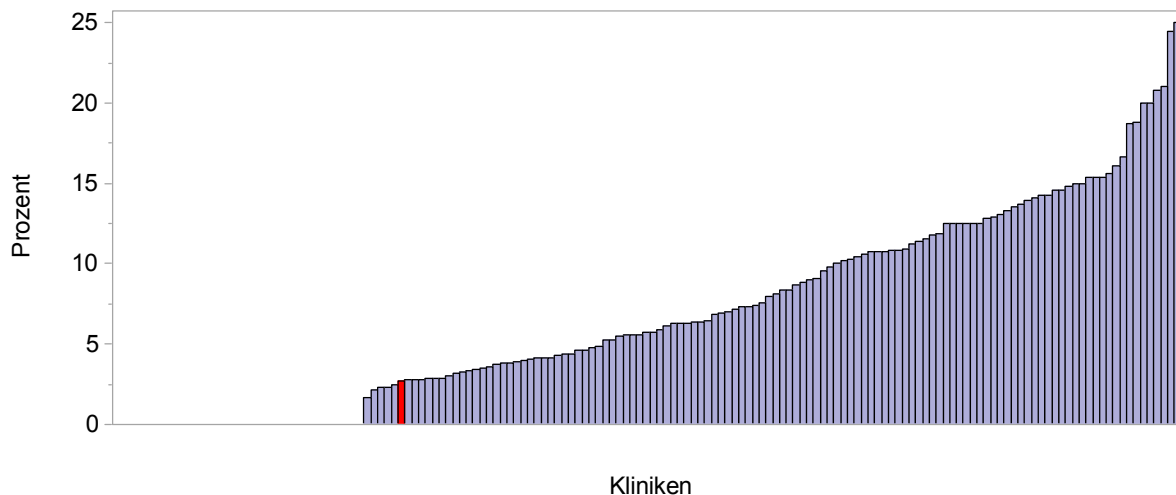
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	2.7	9.3	9.6	0.0

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
0.32	0.08	bis	0.91

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

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 ohne Patientenverfügung.
Risikoadjustierung:	Alter, Geschlecht, NIHSS bei Aufnahme, sekundäre symptomatische intrazerebrale Blutung.
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil und das Verhältnismaß Odds Ratio (OR). Das OR und korrespondierende 95% Konfidenzintervalle für individuelle Kliniken im Vergleich zum Durchschnitt aller Kliniken wurden durch multivariate logistische Regression nach Adjustierung für Störgrößen errechnet.

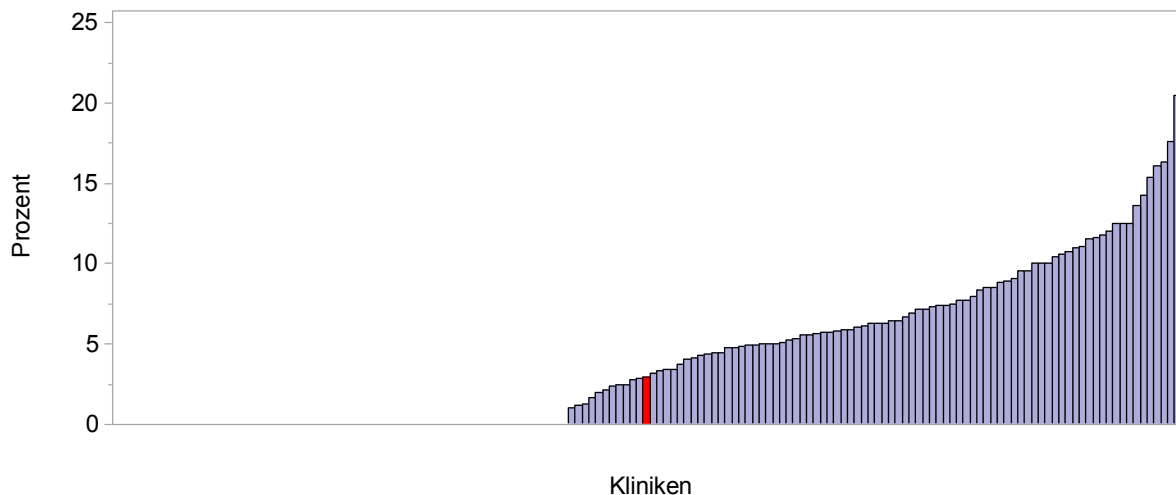
Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Entlassungsstatus "verstorben"	2.9	6.1	6.3	0.0

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

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

OddsRatio	95% Konfidenzintervall		
0.52	0.12	bis	1.49

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.

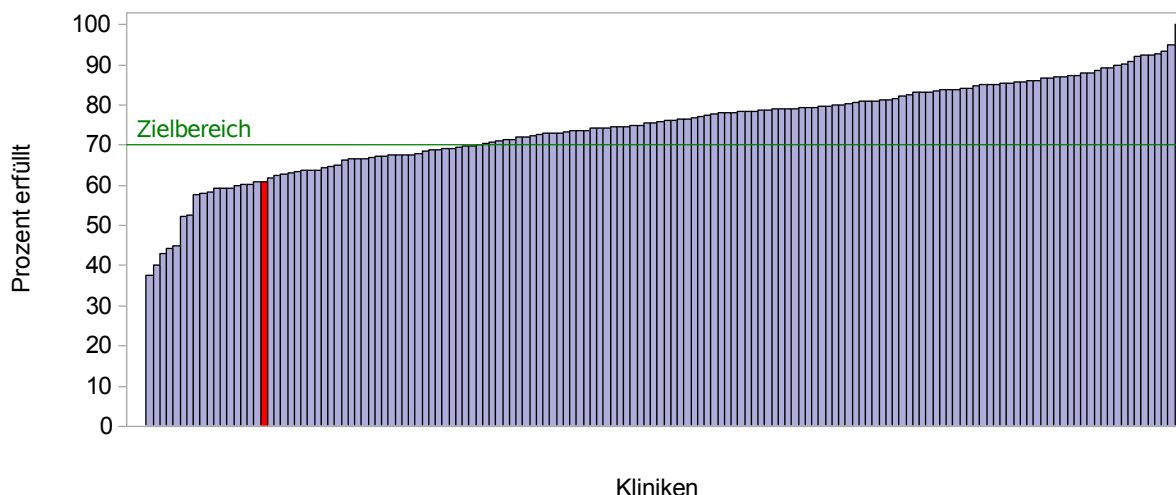


12.16 Entlassungsziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen

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:	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.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	61.0	76.6	76.8	74.5

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

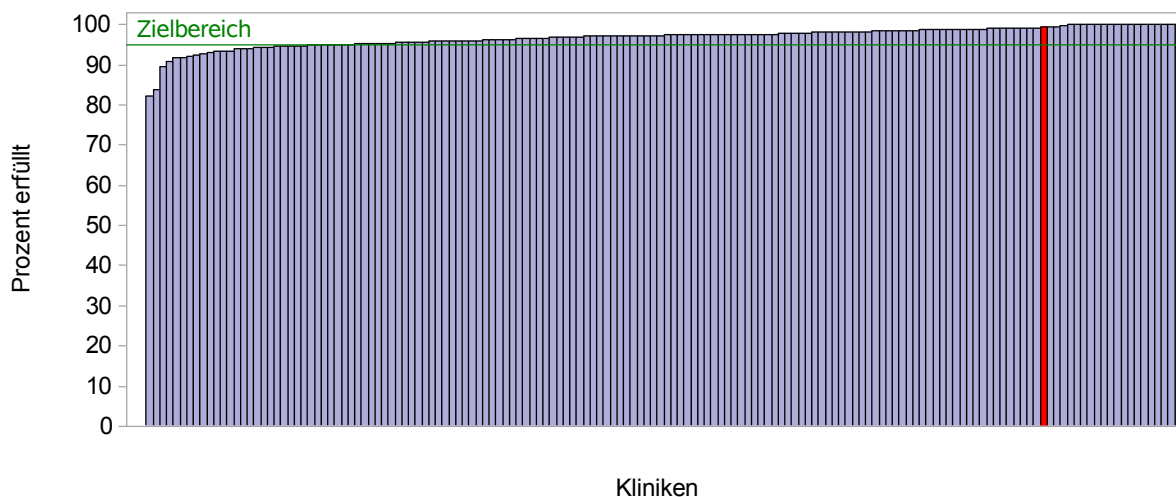


12.17 Sekundärprävention - Antihypertensiva bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt

Qualitätsziel:	Gabe von Antihypertensiva bei Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA und dokumentierter Hypertonie.
Zielbereich:	≥ 95%
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	Patienten mit Indikation für eine blutdrucksenkende Therapie, die zum Entlassungszeitpunkt ein Antihypertensivum erhielten oder denen ein antihypertensives Medikament verordnet oder empfohlen wurde.
Nenner:	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.
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	99.3	96.8	96.8	97.5

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

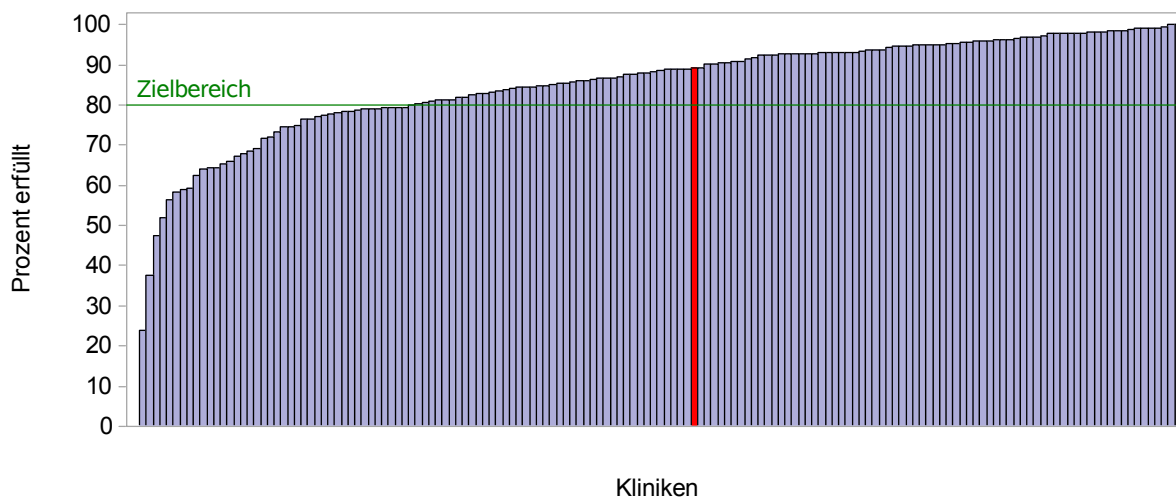


12.18 Sekundärprävention - Statingabe bei Entlassung

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	89.2	85.8	86.0	84.2

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

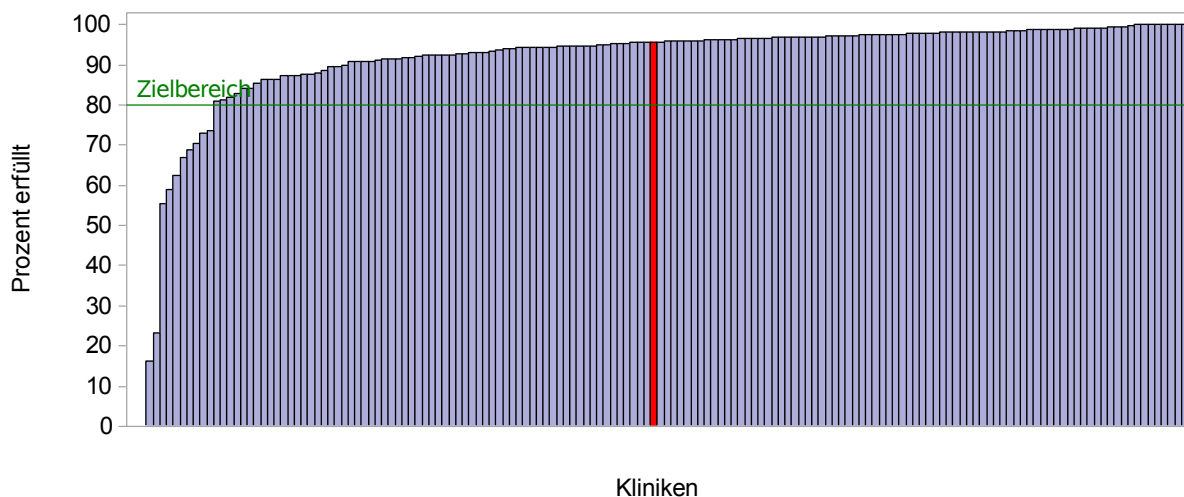


12.19 Vorhofflimmern-Diagnostik

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	95.8	93.3	93.9	88.6

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

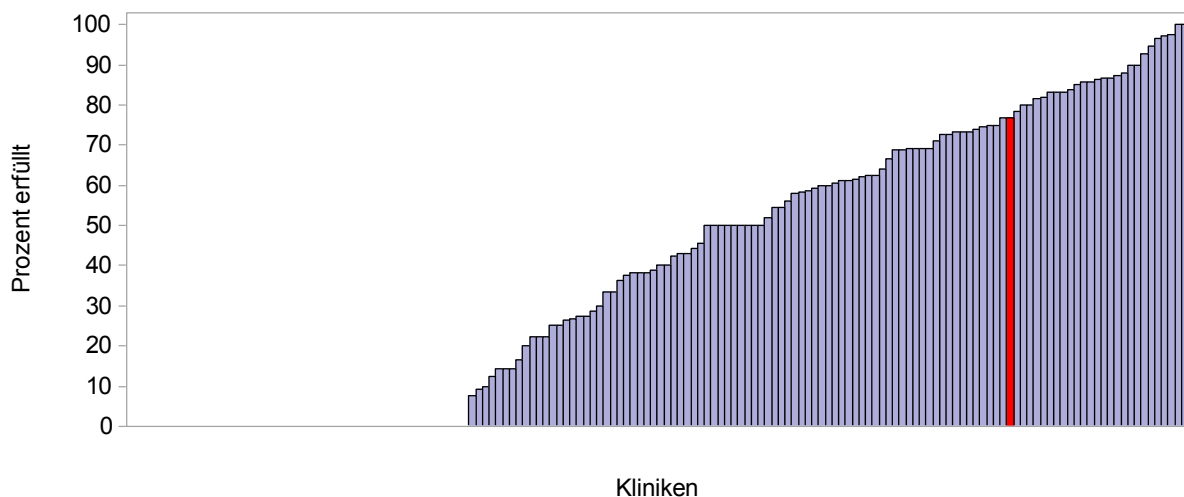


12.20 Intraarterielle Therapie

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	76.9	63.1	63.9	51.4

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

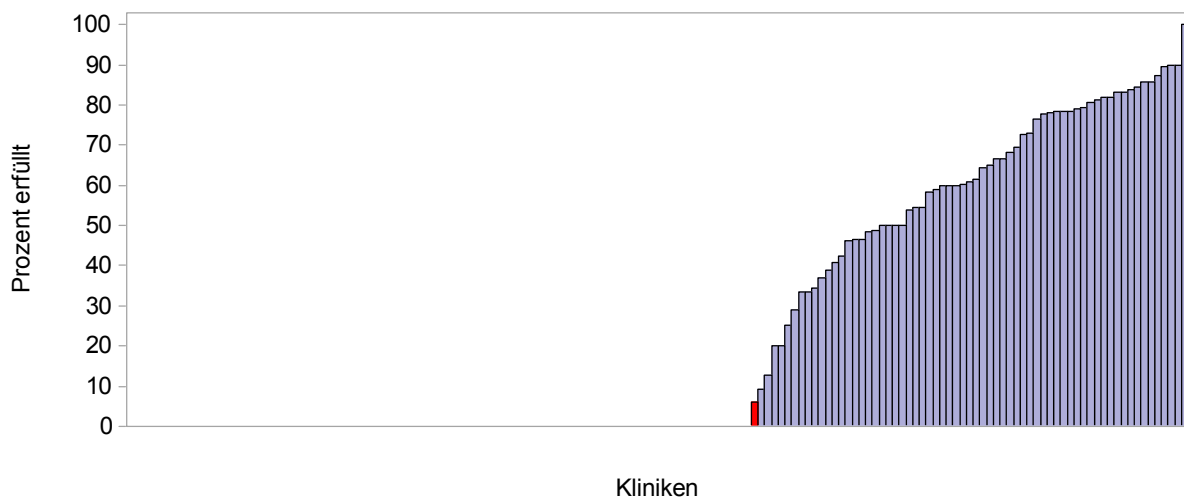


12.21 Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Minuten

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	5.9	63.5	63.6	62.5

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

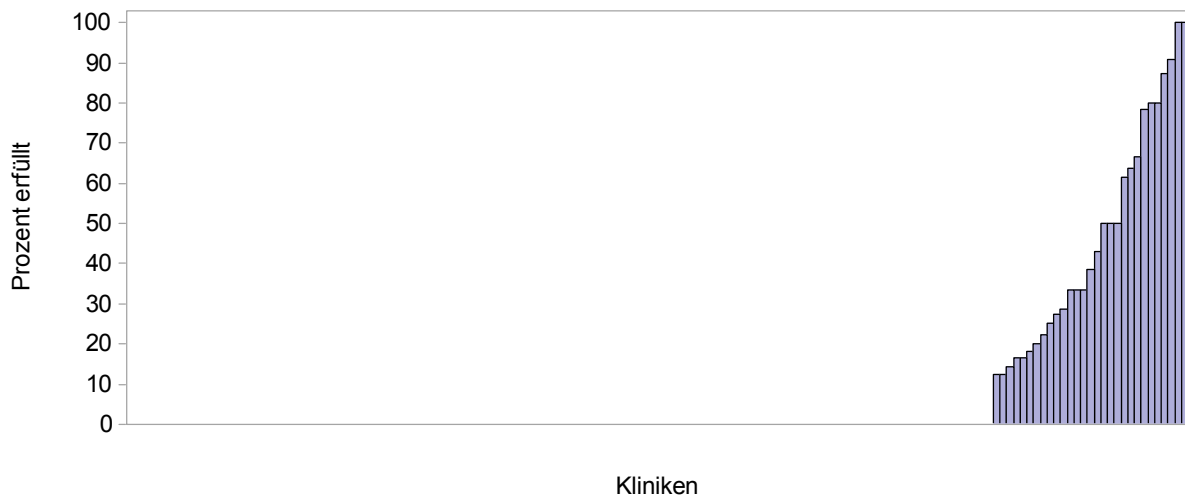


12.22 Frühzeitige Verlegung zur Intraarteriellen Therapie

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

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	.	35.6	36.4	32.2

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

Qualitätsziel:	Möglichst oft Erreichen des Rekanalisationsziels (im Sinne der Gefäßwiedereröffnung).
Zielbereich:	kein Zielbereich definiert
<u>Berechnung des Qualitätsindikators</u>	
Zähler:	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.
Nenner:	
Risikoadjustierung:	keine
Ergebnisbericht QI:	Prozentualer Anteil

Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit zert. SU	ohne zert. SU
Qualitätsindikator erfüllt	76.5	85.0	85.0	85.0

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

