



Ärztekammer Berlin

## **Berliner Schlaganfallregister**

**Auswertungsjahr (AJ)2024**

**Erfassungsjahr (EJ)2023**

## Inhalt »

### Qualitätsindikatoren

- 1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

### Qualitätsindikatoren

- 1 Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren
- 2 Einzeldarstellung: Dokumentationsqualität

### Einzelfälle für klinikinterne Analysen

- 1 Auflistung Vorgangsnummern
  - 1 Dokumentation: Unspezifische Diagnose I64 kodiert
  - 2 Dokumentation: Keine Bildgebung
  - 3 Dokumentation: Verlegung zur geplanten IAT

### Basisstatistik

- 1 Grundgesamtheit
- 2 Patienten
- 3 Aufnahme
- 4 Erstuntersuchung / Symptome
- 5 Diagnostik
- 6 Thrombolyse / Rekanalisation
- 7 Verlegung innerhalb 12 Stunden
- 8 Behinderung bei Aufnahme
- 9 Weitere Diagnostik
- 10 Risikofaktoren
- 11 Therapiemaßnahmen / Frühe Sekundärprävention
- 12 Therapie
- 13 Komplikationen
- 14 Behinderung bei Entlassung
- 15 Sekundärprophylaxe
- 16 Entlassung

### Detailstatistik

- 0 Grafiken und Kreuztabellen

## Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die aufgeführten Qualitätsindikatoren stellen die Ergebnisse im Hinblick auf das Qualitätsziel dar und geben damit einen **Hinweis auf die erreichte Qualität** zur kontinuierlichen Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. Eine **rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators (rot markiert)** liegt vor, wenn das Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt. Von einer rechnerischen Auffälligkeit kann nicht unmittelbar auf einen Qualitätsmangel geschlossen werden. Es bedarf einer detaillierten Analyse, um die Gründe für die rechnerische Abweichung zu eruieren und Mängel in der Struktur- und Prozessqualität auszuschließen. Dies erfolgt im Rahmen des Strukturierten Dialoges mit den einzelnen Kliniken.

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Berlin gesamt	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
Rehabilitation - Physiotherapie						
ADSR02-003	4.544	-	4.769	95,28%	94,64 - 95,85	≥ 90,00%
Rehabilitation - Logopädie						
ADSR03-004	4.940	-	5.238	94,31%	93,65 - 94,91	≥ 90,00%
Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern						
ADSR06-002	1.552	-	1.628	95,33%	94,20 - 96,25	≥ 90,00%
Frühzeitige Gefäßdiagnostik						
ADSR09-004	10.738	-	11.185	96,00%	95,62 - 96,35	≥ 80,00%
Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt						
ADSR10a-004	367	366,98	8.027	1,00	0,90 - 1,10	-
ADSR10b-004	61	61,01	7.523	1,00	0,78 - 1,28	-
Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt						
ADSR11-004	562	561,98	9.113	1,00	0,92 - 1,08	-
Screening nach Schluckstörungen						
ADSR12-004	8.594	-	8.999	95,50%	95,05 - 95,91	≥ 90,00%
Bildgebung						
ADSR13a-006	2.201	-	3.295	66,80%	65,17 - 68,39	≥ 60,00%
ADSR13c-007	1.179	-	1.223	96,40%	95,20 - 97,31	≥ 70,00%
Thrombolyse						
ADSR14a-001	579	-	767	75,49%	72,32 - 78,40	-
ADSR14c-001	892	-	1.331	67,02%	64,45 - 69,49	≥ 60,00%
ADSR14b-001	1.286	-	2.650	48,53%	46,63 - 50,43	-
Behandlung auf Stroke Unit						
ADSR15-003	7.527	-	7.740	97,25%	96,86 - 97,59	≥ 90,00%
Door to needle time						
ADSR16a-002	526	-	579	90,85%	88,22 - 92,93	-
ADSR16d-002	803	-	892	90,02%	87,88 - 91,82	≥ 90,00%
ADSR16c-002	707	-	894	79,08%	76,30 - 81,62	-
ADSR16b-002	306	-	579	52,85%	48,78 - 56,88	-
Karotisrevaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose						
ADSR17-003	211	-	258	81,78%	76,62 - 86,02	≥ 80,00%
Sterblichkeit nach Rekanalisation						
ADSR18a-003	243	243,00	2.374	1,00	0,89 - 1,13	-
ADSR18c-003	117	117,00	1.797	1,00	0,84 - 1,19	-
ADSR18d-003	181	181,00	1.027	1,00	0,87 - 1,14	-
Rehabilitationsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen						
ADSR19-002	2.436	-	3.116	78,18%	76,69 - 79,59	≥ 70,00%
Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe						
ADSR21-002	10.519	-	11.407	92,22%	91,71 - 92,69	≥ 90,00%
VHF-Diagnostik						
ADSR22-002	8.599	-	8.933	96,26%	95,85 - 96,64	≥ 90,00%

Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Berlin gesamt	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
Intraarterielle Therapie						
ADSR23-002	888	-	1.359	<b>65,34%</b>	62,77 - 67,83	-
ADSR23-001	590	-	745	<b>79,19%</b>	76,13 - 81,96	≥ 60,00%
ADSR23-003	154	-	293	<b>52,56%</b>	46,85 - 58,21	-
door-to-puncture-time						
ADSR25-001	612	-	1.007	<b>60,77%</b>	57,72 - 63,74	≥ 50,00%
ADSR25a-001	452	-	814	<b>55,53%</b>	52,10 - 58,91	-
ADSR25b-001	160	-	193	<b>82,90%</b>	76,96 - 87,56	-
ADSR25c-001	271	-	1.007	<b>26,91%</b>	24,26 - 29,73	-
Frühzeitige Verlegung intraarterielle Therapie						
ADSR26-001	8	-	13	<b>61,54%</b>	35,52 - 82,29	-
Erreichen des Rekanalisationsziels						
ADSR27-001	878	-	1.007	<b>87,19%</b>	84,98 - 89,11	≥ 80,00%

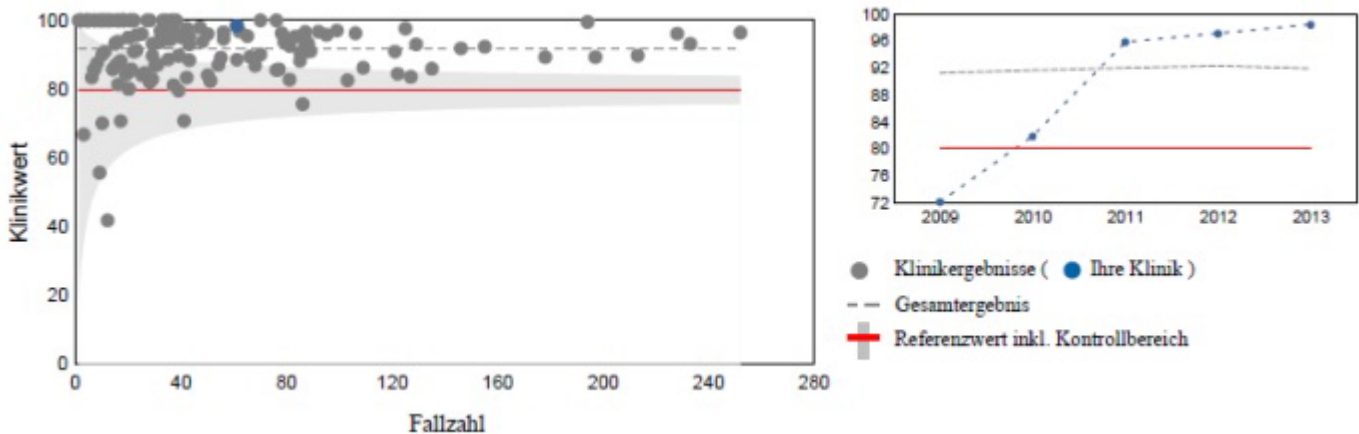
## Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die Einzeldarstellung der Qualitätsindikatoren ermöglicht eine detaillierte Analyse der Klinikergebnisse. Die Klinikwerte werden tabellarisch und graphisch im Vergleich zum Gesamtkollektiv dargestellt. Zusätzlich wird der Verlauf der letzten fünf Jahre gezeigt. Der Klinikwert wird rot dargestellt, wenn er außerhalb des Referenzbereichs liegt. Weicht der Klinikwert signifikant vom Referenzwert im Sinne einer besonders guten Qualität ab, so ist er grün dargestellt. Für jeden Qualitätsindikator werden die für eine klinikinterne Fallanalyse notwendigen Vorgangsnummern ausgewiesen.

Hinweise zu den Tabellen:

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2010	45	-	55	81,8	69,0 - 91,0	>= 80,0
2011	46	-	48	95,8	85,5 - 99,6	>= 80,0
2012	66	-	68	97,1	89,9 - 99,2	>= 80,0
2013	60	-	61	98,4	91,3 - 99,7	>= 80,0

Die Spalte Ereignisse weist die Anzahl der beobachteten bzw. erwarteten Ereignisse bezogen auf die zugrunde liegende Fallzahl aus. Im Falle von ratenbasierten Kennzahlen und Sentinel-Events werden nur die beobachteten Ereignisse angegeben. Handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator, so werden zusätzlich die Anzahl der zu erwartenden Ereignisse auf Grundlage des Risikoadjustierungsmodells berechnet. In diesem Fall wird der Klinikwert als Standardisierte Ereignis-Ratio (SER) durch Division der beobachteten durch die zu erwartenden Rate berechnet. Bei dem Vertrauensbereich handelt es sich um ein 95 % Konfidenzintervall um den Klinikwert. Der Referenzwert resultiert in der Regel auf der Grundlage bundesweit erhobener Daten und wird vom Institut nach § 137 SGB V vorgegeben. Alternativ kann die Festlegung der Referenzwerte (Modul Schlaganfall und Anästhesie) durch die entsprechenden Fachgruppen erfolgen.



Der Funnelplot (\*) auf der linken Seite zeigt auf der Y-Achse den Klinikwert und auf der X-Achse die Fallzahl. Das resultierende Streudiagramm ermöglicht die Interpretation aller Klinikergebnisse in Abhängigkeit von der Fallzahl. Sofern ein Referenzwert für den Qualitätsindikator festgelegt wurde, ist er als rote Linie dargestellt. Diese ist von einem hellgrauen trichterförmigen Kontrollbereich (\*\*) umschlossen, welcher dem Vertrauensbereich um den Referenzwert entspricht. Handelt es sich bei den Klinikwerten um SER's, so läßt sich kein Kontrollbereich konstruieren. Da die Berechnung des Vertrauensbereiches in der Tabelle auf dem einzelnen Klinikwert und nicht auf dem Referenzwert beruht, kann es vereinzelt zu einer diskrepanten Darstellung der Signifikanz in der Tabelle gegenüber der Graphik kommen. Die Graphik dient der orientierenden Betrachtung, im Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 137 SGB V werden nach bundesweiten vorgaben die Zahlen der Tabelle veröffentlicht.

Die Abbildung auf der rechten Seite zeigt die Gesamtergebnisse im Zeitverlauf (blaue Linie). Referenzwerte erscheinen wieder als rote Linie.

\* N. Lack und U. Gerhardinger, „Qualitätsvergleiche mit Funnelplots - Plädoyer für eine einheitliche Methodik“. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2009; 103(8): 536-541.

\*\* M. Hart and R. Hart, "Statistical Process Control for Health Care", 2002; Wadsworth

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Rehabilitation - Physiotherapie

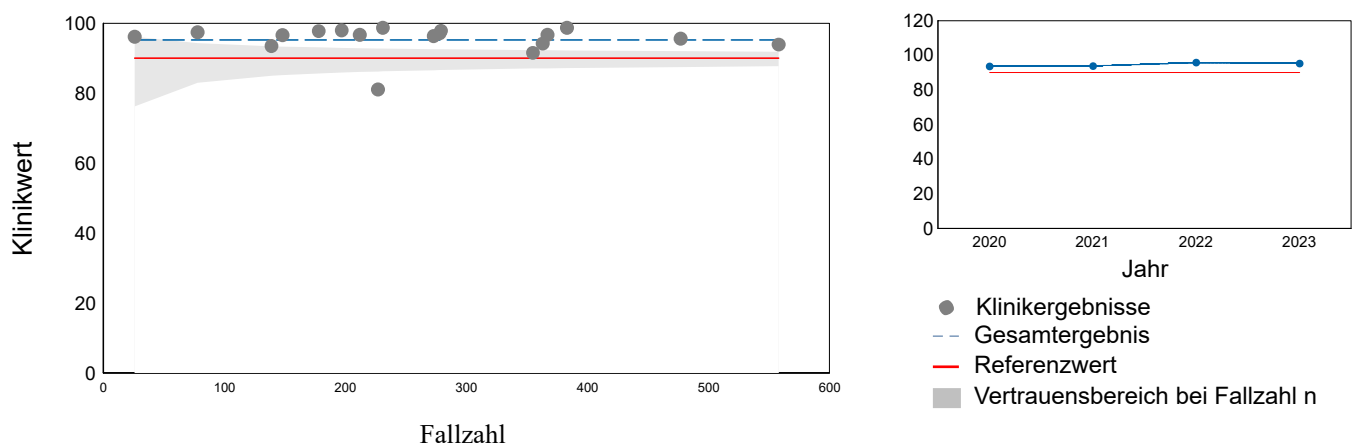
Indikator: ADSR02-003

Ziel: Möglichst frühzeitiger Beginn der Physiotherapie / Ergotherapie bei Patienten mit Paresen und deutlichen Funktionseinschränkungen.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	4.191	-	4.475	93,65	92,90 - 94,33	>= 90,00
2021	4.212	-	4.492	93,77	93,02 - 94,44	>= 90,00
2022	4.148	-	4.334	95,71	95,06 - 96,27	>= 90,00
<b>2023</b>	<b>4.544</b>	-	<b>4.769</b>	<b>95,28</b>	94,64 - 95,85	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit Untersuchung oder Behandlung durch Physio- / Ergotherapeuten bis zum Tag 2 nach Aufnahme.

**Fallzahl:** Fälle mit Paresen und deutlicher Funktionseinschränkung (Rankin-Skala  $\geq 3$  oder Barthel-Index  $\leq 70$  innerhalb von 24 h nach Aufnahme) und mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag. [Ausschluss von Fällen mit TIA und Fällen mit komatöser Bewusstseinslage bei Aufnahme sowie von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h]

Mehrere Leitlinien empfehlen, so früh wie möglich mit einer Rehabilitation zu beginnen. Es ist jedoch unklar, was genau unter den Begriff Rehabilitation fällt und welchen Einfluss einzelne Komponenten haben. Deutlich ist nur der frühe Beginn und der interdisziplinäre Ansatz. Aufgrund fehlender Evidenz sowie methodischer Schwierigkeiten bei Definitionen und Operationalisierungsmöglichkeiten einzelner rehabilitativer Maßnahmen messen die Indikatoren zur Physiotherapie / Ergotherapie und zur Logopädie die mit guter Evidenz belegte frühzeitige Rehabilitation bei definierten Ausfällen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Rehabilitation - Logopädie

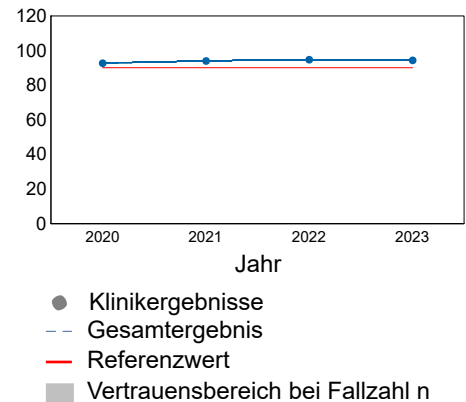
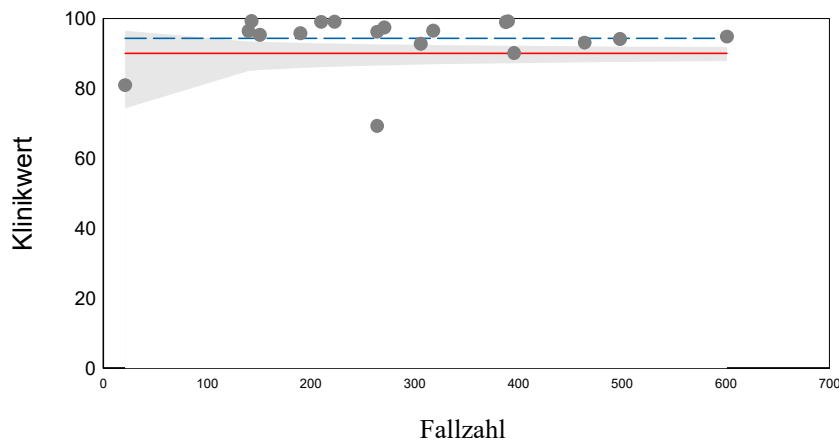
Indikator: ADSR03-004

Ziel: Möglichst frühzeitiger Beginn der Logopädie bei Patienten mit Aphasie / Dysarthrie / Dysphagie.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	4.340	-	4.688	92,58	91,79 - 93,29	>= 90,00
2021	4.359	-	4.642	93,90	93,18 - 94,56	>= 90,00
2022	4.325	-	4.571	94,62	93,93 - 95,24	>= 90,00
<b>2023</b>	<b>4.940</b>	-	<b>5.238</b>	<b>94,31</b>	93,65 - 94,91	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit Untersuchung oder Behandlung durch Logopäden bis zum Tag 2 nach Aufnahme.

**Fallzahl:** Fälle mit Aphasie / Dysarthrie / Dysphagie bei Aufnahme mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag. [Ausschluss von Fällen mit TIA und Fällen mit komatöser Bewusstseinslage oder Somnolenz/Sopor bei Aufnahme sowie von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h]

Mehrere Leitlinien empfehlen, so früh wie möglich mit einer Rehabilitation zu beginnen. Es ist jedoch unklar, was genau unter den Begriff "Rehabilitation" fällt und welchen Einfluss einzelne Komponenten haben. Deutlich ist nur der frühe Beginn und der interdisziplinäre Ansatz. Aufgrund fehlender Evidenz sowie methodischer Schwierigkeiten bei Definitionen und Operationalisierungsmöglichkeiten einzelner rehabilitativer Maßnahmen messen die Indikatoren ADSR02-003 und ADSR03-004 die mit guter Evidenz belegte frühzeitige Rehabilitation bei definierten Ausfällen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern

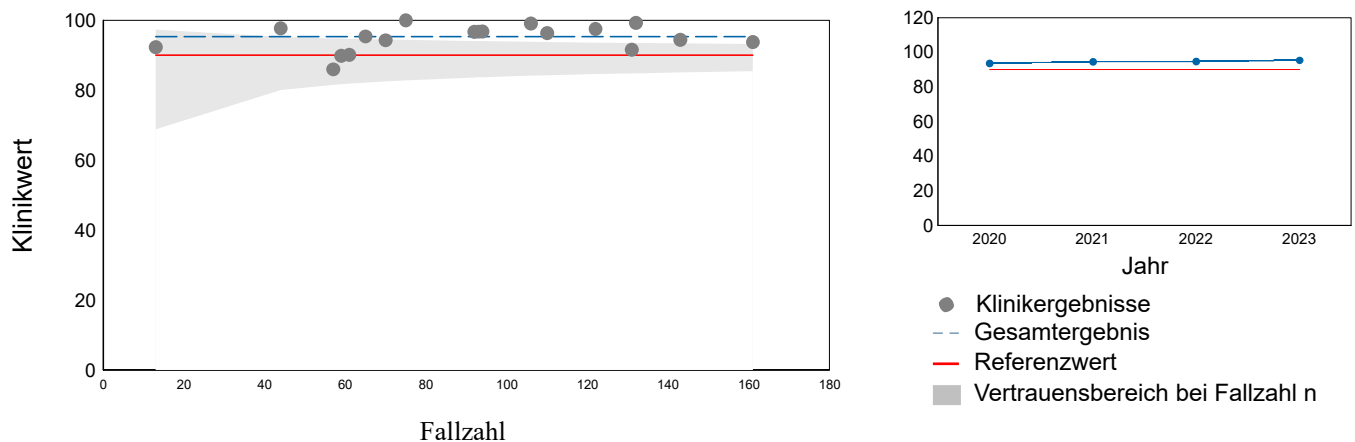
Indikator: ADSR06-002

Ziel: Möglichst häufig therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach TIA / Hirninfarkt.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	1.339	-	1.432	93,51	92,11 - 94,67	>= 90,00
2021	1.355	-	1.435	94,43	93,12 - 95,50	>= 90,00
2022	1.372	-	1.449	94,69	93,41 - 95,73	>= 90,00
<b>2023</b>	<b>1.552</b>	-	<b>1.628</b>	<b>95,33</b>	94,20 - 96,25	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung / Verlegung oder mit Empfehlung zur Antikoagulation im Entlass- / Verlegungsbrief.

**Fallzahl:** Mobile bzw. geringgradig beeinträchtigte Fälle (Barthel-Index bei Entlassung: Fortbewegung = "geringe Unterstützung" oder "vollständig selbstständig", Barthel-Index bei Entlassung: Lagewechsel Bett-Stuhl = "geringe Unterstützung" oder "vollständig selbstständig" bzw. Rankin-Skala bei Entlassung maximal "mäßiggradige Funktionseinschränkung") mit TIA oder Hirninfarkt und Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen wurden.  
 [Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung sowie von Fällen mit palliativer Therapiezielsetzung]

Bei Schlaganfall mit Vorhofflimmern stellt die Antikoagulation (mit Vitamin-K-Antagonisten bzw. neuen oralen Antikoagulanzen) die wirksamste Reinfarktprophylaxe dar (Saxena R, Koudstaal PJ. Anticoagulants for preventing stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attack. Cochrane Database Syst Rev 2004;(2):CD000185).



Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Frühzeitige Gefäßdiagnostik

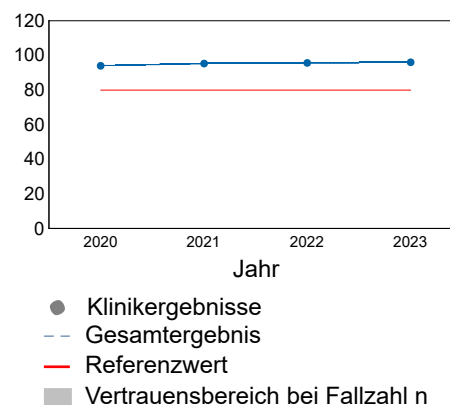
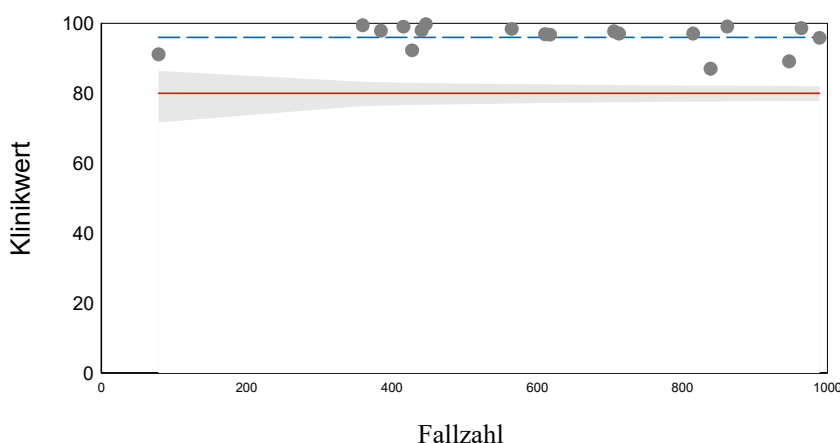
Indikator: ADSR09-004

Ziel: Möglichst häufig Durchführung einer extrakraniellen Hirngefäßdiagnostik bei Patienten mit Verdacht auf TIA / Schlaganfall innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	9.844	-	10.475	93,98	93,50 - 94,42	>= 80,00
2021	9.864	-	10.351	95,30	94,87 - 95,69	>= 80,00
2022	9.617	-	10.054	95,65	95,24 - 96,03	>= 80,00
<b>2023</b>	<b>10.738</b>	-	<b>11.185</b>	<b>96,00</b>	95,62 - 96,35	<b>&gt;= 80,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit Doppler- / Duplex-Sonographie und/oder CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie bis spätestens am Folgetag nach Aufnahme.

**Fallzahl:** Fälle mit TIA oder Hirninfarkt ohne Gefäßdiagnostik vor Aufnahme.  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h sowie von Inhousestrokes]

Die Durchführung einer Hirngefäßdiagnostik ist zur Subtypklassifikation des Hirninfarktes und zur Entscheidung über das therapeutische Vorgehen bei TIA und Hirninfarkt erforderlich (Sekundärprophylaxe medikamentös, STENT, TEA), da Reinsultraten bei Patienten mit Stenosen höher sind. Sensitivität und Spezifität der Entdeckung hochgradiger Stenosen (>=70%) von Dopplersonographie und MR-Angiographie sind im Vergleich zur DSA ähnlich hoch.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

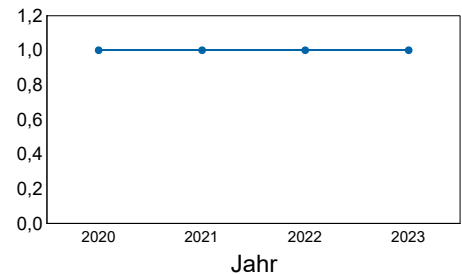
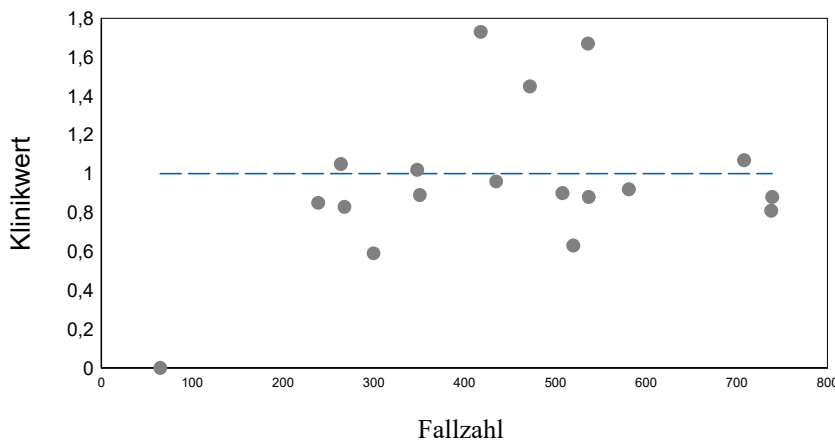
Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen

Kennzahl: ADSR10a-004

Ziel: Möglichst niedrige Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2020	291	291,40	7.397	1,00	0,89 - 1,12	nicht definiert
2021	308	308,02	7.400	1,00	0,90 - 1,12	nicht definiert
2022	287	287,00	7.354	1,00	0,89 - 1,12	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>367</b>	<b>366,98</b>	<b>8.027</b>	<b>1,00</b>	<b>0,90 - 1,10</b>	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



- Klinikergebnisse
- - Gesamtergebnis
- Referenzwert
- Vertrauensbereich bei Fallzahl n

**Ereignis:** Innerhalb der ersten 7 Tage des Krankenhausaufenthaltes verstorbene Patienten.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt.  
 [Ausschluss von vor dem siebten Tag in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen verlegte Fälle sowie von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung]

Sterblichkeit ist ein zentraler Punkt für Patienten und Behandler, derzeit versterben ca. 5 % aller Patienten nach Hirninfarkt.  
 (Koennecke HC, Belz W, Befelde D et al. Factors influencing in-hospital mortality and morbidity in patients treated on a stroke unit. Neurology 2011; 77; 965-972).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass das Risikoadjustierungsmodell auf Grundlage des bundesweiten Datenpools erstellt werden sollte. Dies ist zum Auswertungszeitpunkt jedoch noch nicht erfolgt. Daher basiert die Berechnung auf den Berliner Daten mit geringerem Datenumfang. Folgende Faktoren werden in dem logistischen Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt:

- Geschlecht
- Alter
- Versorgungssituation
- Z.n. Insult
- National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) Score
- Diabetes
- Vorhofflimmern
- Hypertonus

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

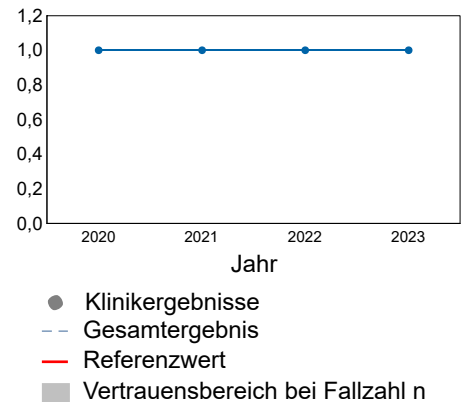
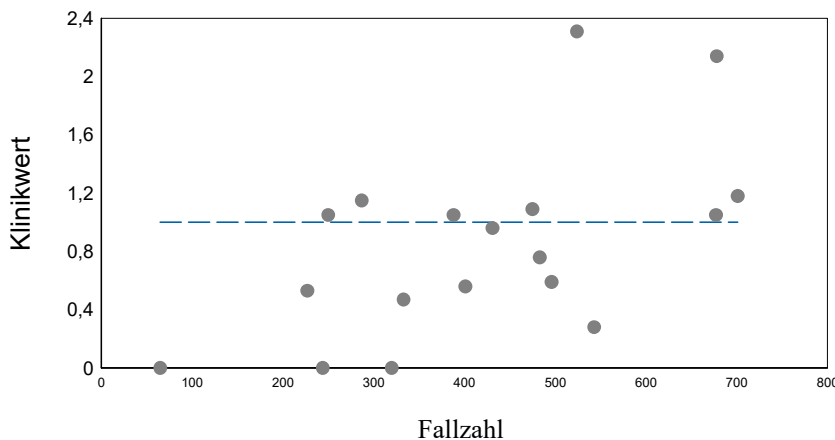
Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt (ohne Fälle mit palliative Therapiezielsetzung): Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen

Kennzahl: ADSR10b-004

Ziel: Möglichst niedrige Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2020	64	64,06	6.992	1,00	0,78 - 1,27	nicht definiert
2021	59	59,01	6.975	1,00	0,78 - 1,29	nicht definiert
2022	65	65,00	6.929	1,00	0,79 - 1,27	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>61</b>	<b>61,01</b>	<b>7.523</b>	<b>1,00</b>	<b>0,78 - 1,28</b>	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Innerhalb der ersten 7 Tage des Krankenhausaufenthaltes verstorbene Patienten.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt ohne palliativer Therapiezielsetzung während des KH-Aufenthaltes. [Ausschluss von vor dem siebten Tag in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen verlegte Fälle sowie von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung]

Sterblichkeit ist ein zentraler Punkt für Patienten und Behandler, derzeit versterben ca. 5 % aller Patienten nach Hirninfarkt. (Koennecke HC, Belz W, Befelde D et al. Factors influencing in-hospital mortality and morbidity in patients treated on a stroke unit. Neurology 2011; 77; 965-972).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass das Risikoadjustierungsmodell auf Grundlage des bundesweiten Datenpools erstellt werden sollte. Dies ist zum Auswertungszeitpunkt jedoch noch nicht erfolgt. Daher basiert die Berechnung auf den Berliner Daten mit geringerem Datenumfang. Folgende Faktoren werden in dem logistischen Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt:

- Geschlecht
- Alter
- Versorgungssituation
- Z.n. Insult
- National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) Score
- Diabetes
- Vorhofflimmern
- Hypertonus

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

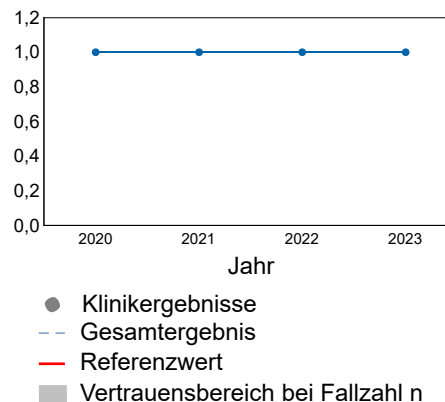
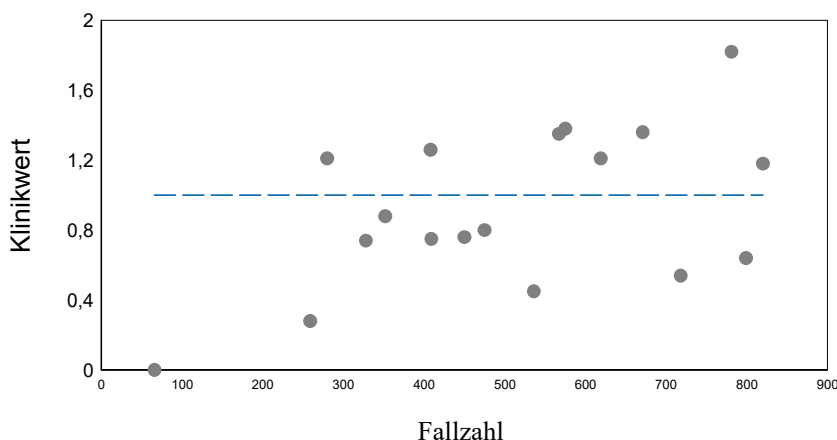
**Pneumonie bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Pneumoniefällen**

Kennzahl: ADSR11-004

Ziel: Möglichst selten Pneumonie als Komplikation bei Patienten mit akutem Schlaganfall.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2020	456	456,38	8.450	1,00	0,91 - 1,09	nicht definiert
2021	459	458,96	8.476	1,00	0,91 - 1,09	nicht definiert
2022	544	544,05	8.246	1,00	0,92 - 1,08	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>562</b>	<b>561,98</b>	<b>9.113</b>	<b>1,00</b>	<b>0,92 - 1,08</b>	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit Pneumonie als Komplikation.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt.  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung]

Die Pneumonie ist eine der häufigsten Komplikationen nach einem Schlaganfall. Sie ist die Komplikation mit dem höchsten populationsbasierten attributablen Risiko für Tod im Krankenhaus. Es gibt Hinweise darauf, dass die Rate an Aspirationspneumonien durch Programme zur Entdeckung und Behandlung von Schluckstörungen gesenkt werden kann.

Unterschiedliche Faktoren (Alter, Schweregrad, Komorbidität, Schlaganfall-Klassifikation und -Lokalisation) zeigen Einfluss auf die Häufigkeit einer Pneumonie nach Schlaganfall, daher wird eine Risikoadjustierung vorgenommen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass das Risikoadjustierungsmodell auf Grundlage des bundesweiten Datenpools erstellt werden sollte. Dies ist zum Auswertungszeitpunkt jedoch noch nicht erfolgt. Daher basiert die Berechnung auf den Berliner Daten mit geringerem Datenumfang. Folgende Faktoren werden in dem logistischen Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt:

- Geschlecht
- Alter
- Versorgungssituation
- Z.n. Insult
- National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) Score
- Diabetes
- Vorhofflimmern
- Hypertonus
- Schluckstörung,
- palliative Therapiezielsetzung

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Screening nach Schluckstörungen

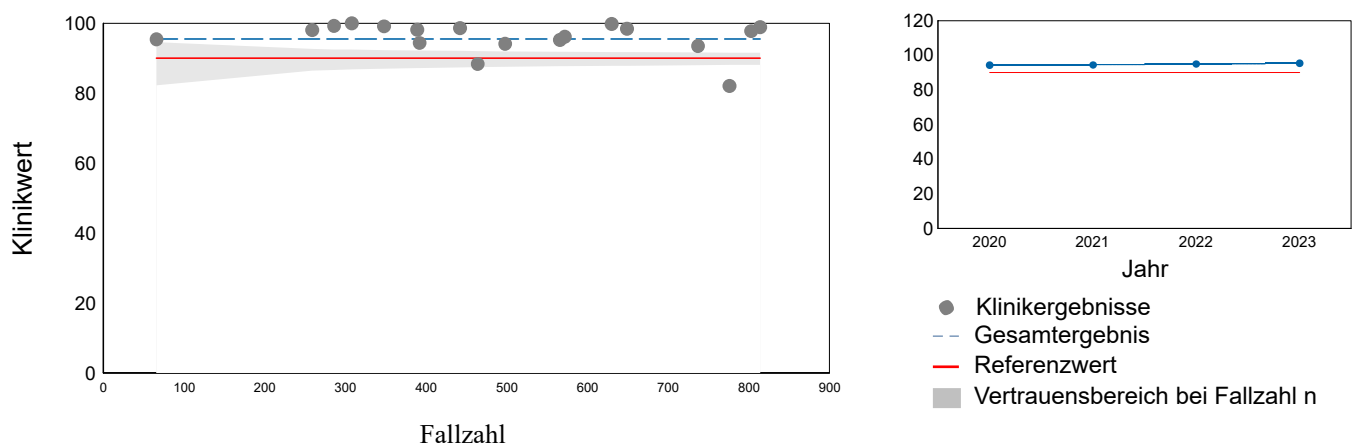
Indikator: ADSR12-004

Ziel: Möglichst häufig Durchführung eines Screenings nach Schluckstörungen bei Patienten mit Schlaganfall.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	7.730	-	8.198	94,29	93,77 - 94,77	>= 90,00
2021	7.840	-	8.304	94,41	93,90 - 94,89	>= 90,00
2022	7.679	-	8.087	94,95	94,46 - 95,41	>= 90,00
<b>2023</b>	<b>8.594</b>	-	<b>8.999</b>	<b>95,50</b>	95,05 - 95,91	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit nach Protokoll durchgeführtem Schlucktest durch geschultes Personal (Logopädie, Pflegedienst, Ärzte).

**Fallzahl:** Fälle mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag.  
[Ausschluss von Fällen mit TIA oder Bewusstseinsstörungen bei Aufnahme sowie Fällen in denen ein Schlucktest nicht durchführbar ist und bei Verlegung innerhalb von 12h]

Die Erkennung von Schluckstörungen in der Frühphase nach Schlaganfall und die diesbezüglichen prophylaktischen Maßnahmen sind geeignet, Aspirationspneumonien, welche die Sterblichkeit nach Schlaganfall erhöhen, zu vermindern. Auch wenn noch keine allgemein anerkannte und standardisierte Untersuchungsmethode existiert, sollte ein systematisches Screening mittels festgelegtem Protokoll (z.B. abgestufter Wasserschlucktest von mind. 50 ml) durch entsprechend geschulte Personen erfolgen.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Erste Bildgebung

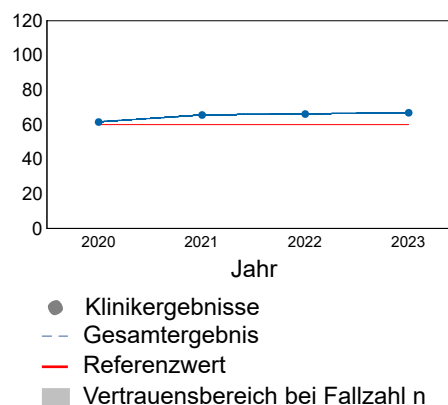
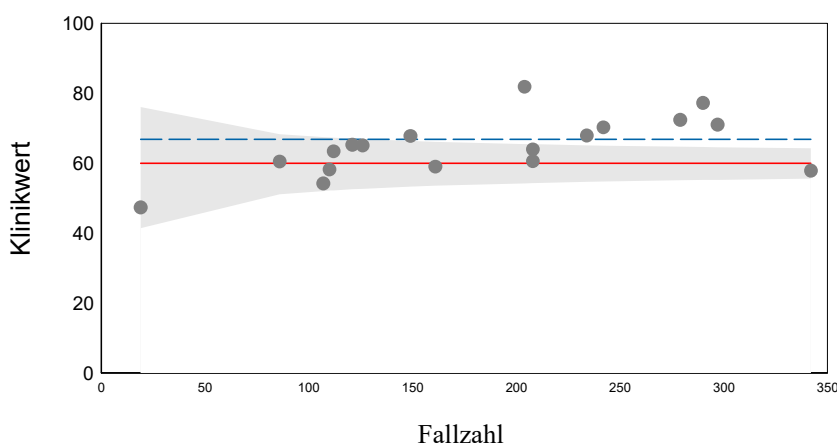
Indikator: ADSR13a-006

Ziel: Möglichst schnelle Durchführung der bildgebenden Diagnostik bei potentiellen Kandidatinnen und Kandidaten für eine Rekanalisationstherapie.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	1.872	-	3.046	61,46	59,72 - 63,17	>= 60,00
2021	1.993	-	3.040	65,56	63,85 - 67,23	>= 60,00
2022	1.915	-	2.897	66,10	64,36 - 67,80	>= 60,00
<b>2023</b>	<b>2.201</b>	-	<b>3.295</b>	<b>66,80</b>	65,17 - 68,39	<b>&gt;= 60,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit Bildgebung bis <= 30 Minuten nach Aufnahme.

**Fallzahl:** Fälle mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <= 6 h.  
[Ausschluss von Fällen mit TIA und von Fällen mit Bildgebung vor Aufnahme]

Die intravenöse Thrombolyse nach ischämischen Hirninfarkt ist innerhalb der ersten 4,5 Stunden nach Beginn der Symptome zugelassen und gewinnbringend in Bezug auf Verhinderung bleibender Schäden. Aus diesem Grund muss bei potentiellen Lysekandidaten eine rasche Diagnostik im behandelnden Krankenhaus sichergestellt sein. Im Rahmen der NINDS-Studie hatte sich gezeigt, dass bei entsprechender Organisation der intrahospitalen Abläufe eine Lysetherapie durchschnittlich 55 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus begonnen werden kann. Somit kommen Patienten, die innerhalb von 4 Stunden nach Beginn der Symptome in ein Krankenhaus aufgenommen werden, potentiell für eine Lysetherapie in Frage. Die Empfehlung zur möglichst frühen Durchführung einer Bildgebung bei Patienten, die potentiell lysiert werden können, finden sich auch in den aktuellen Leitlinien der ASA sowie den Empfehlungen der Brain Attack Coalition.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Frühzeitige CT-/ MR- / DS-Angiographie

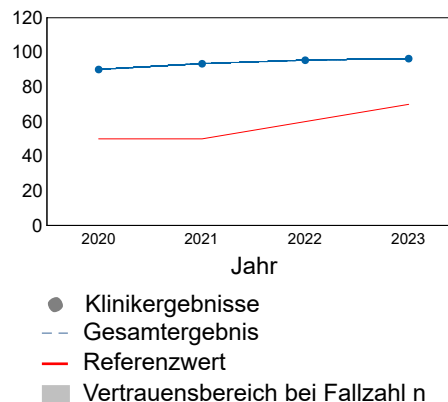
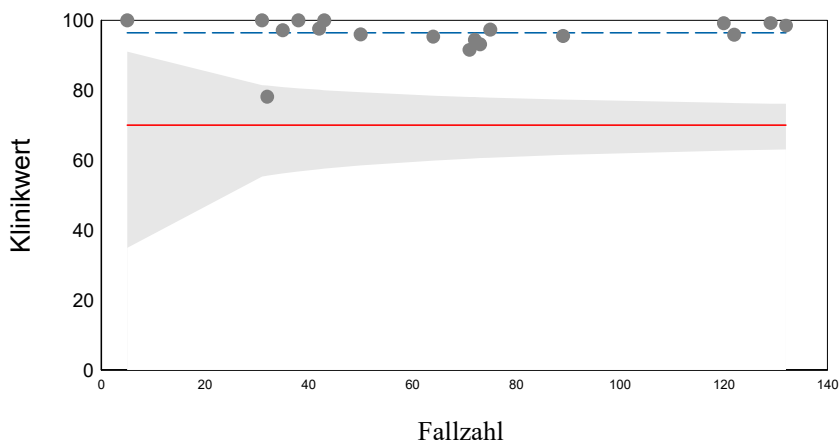
Indikator: ADSR13c-007

Ziel: Möglichst schnelle Durchführung einer CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie bei potentiellen Kandidatinnen und Kandidaten für eine Rekanalisationstherapie.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	1.441	-	1.599	90,12	88,56 - 91,49	>= 50,00
2021	1.534	-	1.644	93,31	92,00 - 94,42	>= 50,00
2022	1.486	-	1.558	95,38	94,22 - 96,31	>= 60,00
<b>2023</b>	<b>1.179</b>	-	<b>1.223</b>	<b>96,40</b>	95,20 - 97,31	<b>&gt;= 70,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie direkt im Anschluss an native Bildgebung.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <= 6 h und NIHSS >= 4. [Ausschluss von Fällen mit CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie vor Aufnahme]

Aktuelle Studienergebnisse zeigen die Bedeutung einer frühzeitigen möglichst im direkten Anschluss an die native Bildgebung erfolgten Angiographie zur Indikationsstellung einer mechanischen Thrombektomie.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

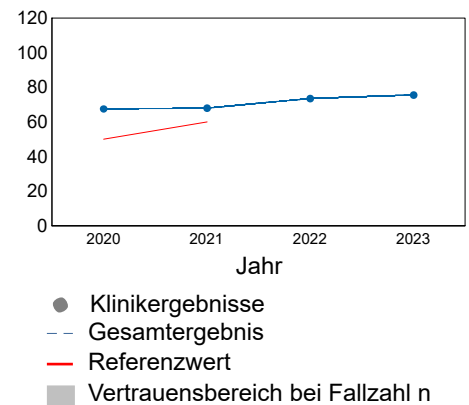
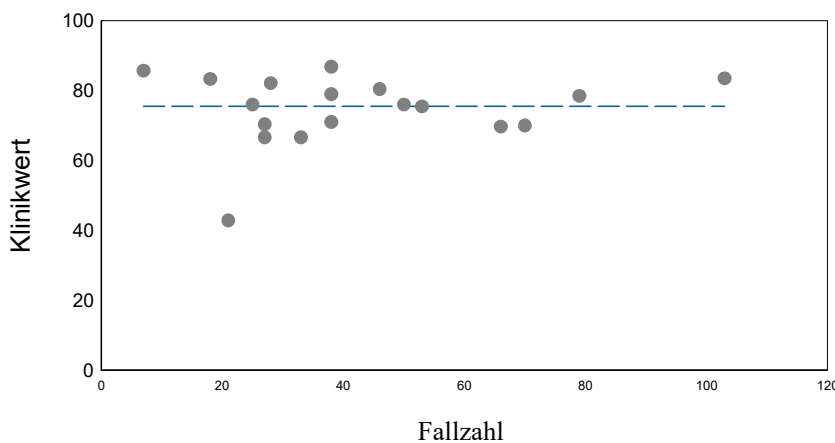
**Frühzeitige Thrombolyse (Alter <=80, NIHSS 4-25)**

Kennzahl: ADSR14a-001

Ziel: Möglichst hoher Anteil an Patienten, die bei entsprechenden Voraussetzungen eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	487	-	722	67,45	63,95 - 70,77	>= 50,00
2021	471	-	694	67,87	64,30 - 71,24	>= 60,00
2022	517	-	704	73,44	70,05 - 76,57	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>579</b>	-	<b>767</b>	<b>75,49</b>	72,32 - 78,40	<b>nicht definiert</b>

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Fälle mit Thrombolysetherapie im eigenen Haus.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt im Alter von 18 - 80 Jahren mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <= 4 h (inkl. Inhouse-Stroke) und ausreichendem Schweregrad (NIHSS 4 -25) zur Durchführung einer Thrombolysetherapie.  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung zur Thrombolyse bzw. mit durchgeführter Thrombolyse in vorbehandelnder Einrichtung und von Fällen ohne Thrombolyse mit IAT]

Die intravenöse Thrombolyse wird in einem Zeitfenster bis zu 4,5 Stunden nach Symptombeginn eines ischämischen Schlaganfalls empfohlen. Der Behandlungseffekt ist zeitabhängig, anzustreben ist eine möglichst frühzeitige Thrombolyse. Der Qualitätsindikator bildet die spezifische Prozessqualität der Versorgungskette (sowohl der Prähospitalphase als auch der Intrahospitalphase) ab.

Die entsprechenden Voraussetzungen für eine intravenöse Lysebehandlung richten sich bei diesem Indikator nach den derzeitigen engen Zulassungskriterien. Somit ergibt sich eine leichte Veränderung der Rechenregeln zum Vorjahr, in dem auch Patienten mit NIHSS < 4 eingeschlossen waren.



Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Frühzeitige Thrombolyse (nach Protokoll)

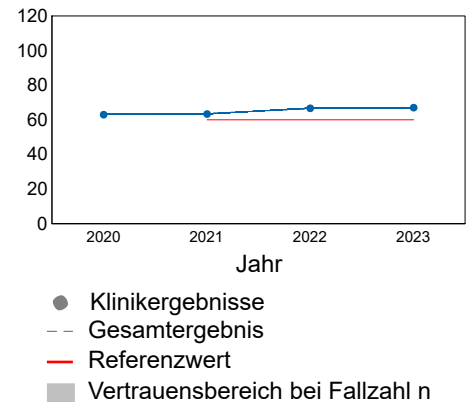
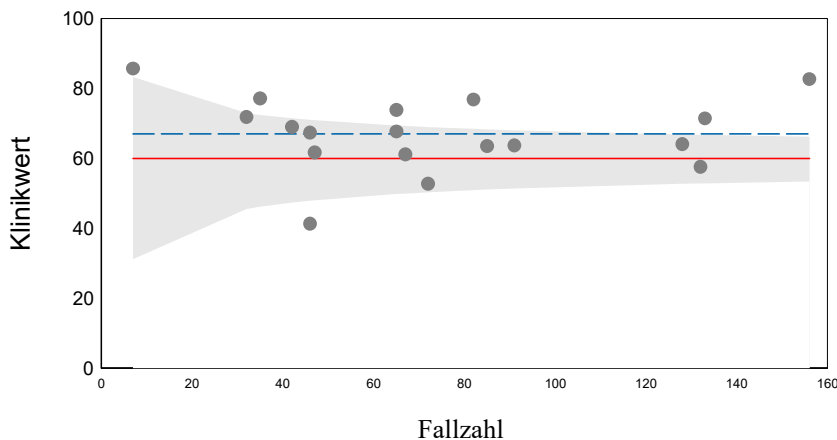
Indikator: ADSR14c-001

Ziel: Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	757	-	1.203	62,93	60,16 - 65,61	nicht definiert
2021	784	-	1.238	63,33	60,61 - 65,97	>= 60,00
2022	776	-	1.166	66,55	63,79 - 69,20	>= 60,00
<b>2023</b>	<b>892</b>	-	<b>1.331</b>	<b>67,02</b>	64,45 - 69,49	<b>&gt;= 60,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit Thrombolyse im eigenen Haus.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <= 4 h (inkl. Inhouse-Stroke).  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung zur Thrombolyse bzw. mit durchgeführter Thrombolyse in vorbehandelnder Einrichtung und von Fällen ohne Thrombolyse mit IAT]

Die intravenöse Thrombolyse wird in einem Zeitfenster bis zu 4,5 Stunden nach Symptombeginn eines ischämischen Schlaganfalls empfohlen. Der Behandlungseffekt ist zeitabhängig, anzustreben ist eine möglichst frühzeitige Thrombolyse. Der Qualitätsindikator bildet die spezifische Prozessqualität der Versorgungskette (sowohl der Prähospitalphase als auch der Intrahospitalphase) ab.

Die entsprechenden Voraussetzungen für eine intravenöse Lysebehandlung richten sich bei diesem Indikator nach den derzeitigen engen Zulassungskriterien. Somit ergibt sich eine leichte Veränderung der Rechenregeln zum Vorjahr, in dem auch Patienten mit NIHSS < 4 eingeschlossen waren.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

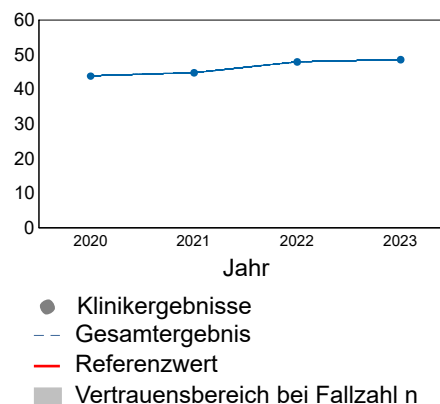
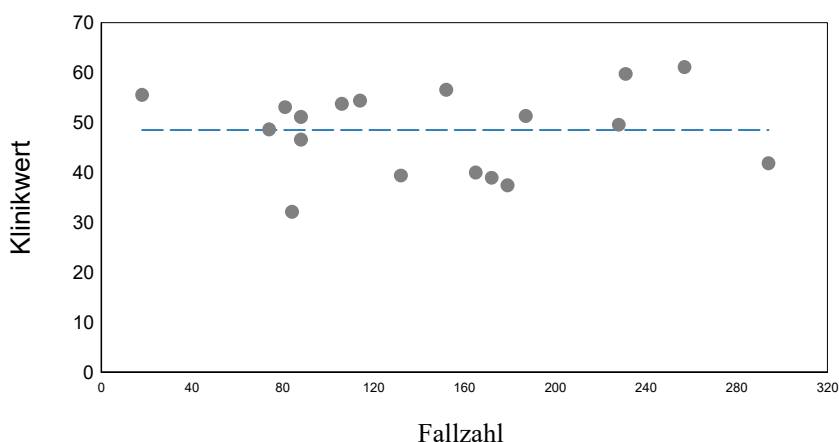
Frühzeitige Thrombolyse (mit Off-Label-Indikationen)

Kennzahl: ADSR14b-001

Ziel: Möglichst hoher Anteil an Patienten, die bei erweiterten Voraussetzungen eine intravenöse Lysebehandlung erhalten

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	1.055	-	2.409	43,79	41,82 - 45,78	nicht definiert
2021	1.085	-	2.425	44,74	42,77 - 46,73	nicht definiert
2022	1.081	-	2.257	47,90	45,84 - 49,96	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>1.286</b>	-	<b>2.650</b>	<b>48,53</b>	46,63 - 50,43	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit Thrombolysebehandlung im eigenen Haus.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h (inkl. Inhouse-Stroke).  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung zur Thrombolyse bzw. mit durchgeführter Thrombolyse in vorbehandelnder Einrichtung und von Fällen ohne Thrombolyse mit IAT]

Die intravenöse Thrombolyse wird in einem Zeitfenster bis zu 4,5 Stunden nach Symptombeginn eines ischämischen Schlaganfalls empfohlen. Der Behandlungseffekt ist zeitabhängig, anzustreben ist eine möglichst frühzeitige Thrombolyse. Der Qualitätsindikator bildet die Prozessqualität der Versorgungskette (sowohl der Prähospitalphase als auch der Intrahospitalphase) ab.

Dieser Indikator schließt, im Gegensatz zu ADSR14-005 "Frühzeitige Thrombolyse (bei engen Zulassungskriterien)", keine Patienten aufgrund Ihres Alters oder Schweregrads des Infarkts aus und bildet somit auch Off-Label Thrombolyse ab.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Behandlung auf Stroke Unit

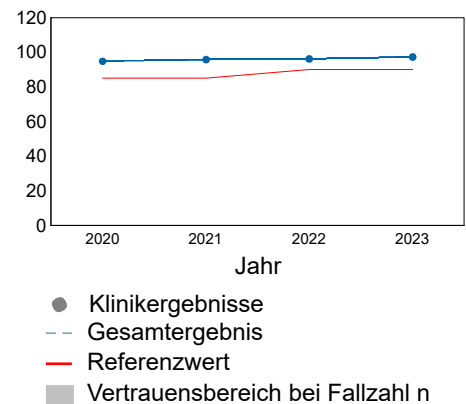
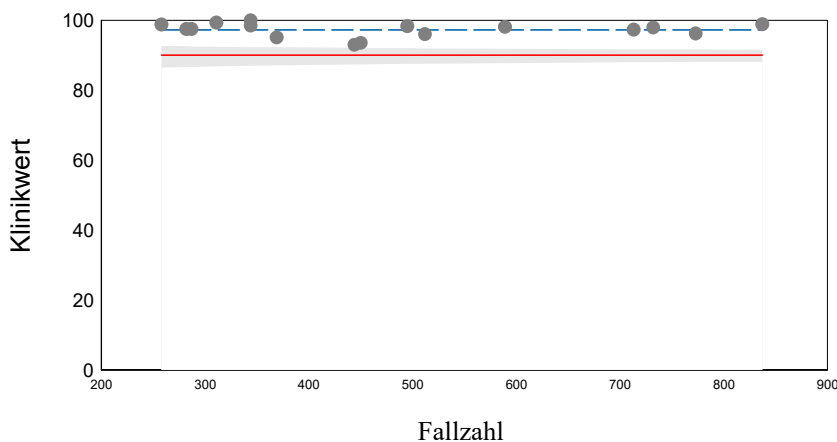
Indikator: ADSR15-003

Ziel: Behandlung möglichst vieler Fälle mit TIA / Hirninfarkt auf einer Stroke Unit, wenn das Ereignis <= 24h vor Aufnahme eintrat.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	7.352	-	7.757	94,78	94,26 - 95,25	>= 85,00
2021	7.227	-	7.539	95,86	95,39 - 96,29	>= 85,00
2022	6.713	-	6.986	96,09	95,61 - 96,52	>= 90,00
<b>2023</b>	<b>7.527</b>	-	<b>7.740</b>	<b>97,25</b>	96,86 - 97,59	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle die auf einer Stroke Unit behandelt wurden.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt oder TIA, die mit Intervall Ereignis-Aufnahme <= 24 h in die Klinik (durch die DSG/SDSH zertifizierte Stroke Unit) aufgenommen werden (inkl. Inhouse-Stroke).  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h]

Die Behandlung auf einer Stroke Unit führt in randomisierten klinischen Studien zu einem verbesserten Outcome bei Patienten nach einem Schlaganfall. Die Wirksamkeit einer Stroke Unit Behandlung auf die Verbesserung des Langzeitoutcomes auch in der klinischen Routine wurde in einer Reihe von Beobachtungsstudien nachgewiesen, z.B. in Deutschland, Italien sowie Schweden. Im Rahmen des deutschen Stroke Unit Konzeptes ist eine sofortige Aufnahme des Patienten auf eine Stroke Unit vorgesehen. Auch Patienten mit Schlaganfallverdacht sollen ohne Verzögerung in ein Zentrum transportiert werden, das eine Stroke Unit aufweist.

Hinweis: Dieser Indikator wird nur für Kliniken mit durch die DSG/SDSH zertifizierter Stroke Unit berechnet.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

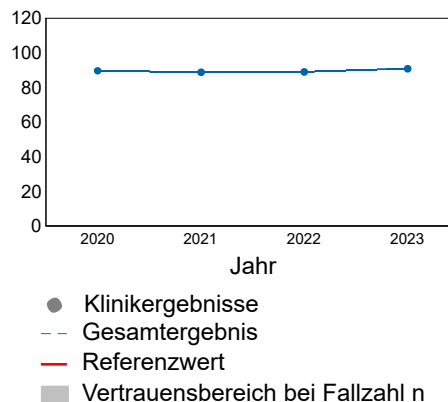
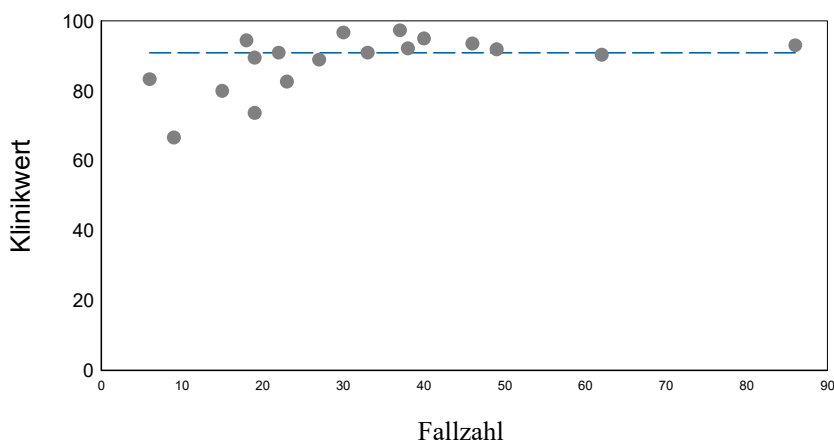
Door to needle time <= 60 min (Alter >= 18 Jahre und <= 80 Jahre, NHISS 4 - 25)

Kennzahl: ADSR16a-002

Ziel: Möglichst hoher Anteil mit "door-to-needle time" <= 60 min bei Fällen mit intravenöser Thrombolyse.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	448	-	500	89,60	86,62 - 91,98	>= 90,00
2021	418	-	471	88,75	85,57 - 91,29	nicht definiert
2022	460	-	517	88,97	85,98 - 91,39	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>526</b>	-	<b>579</b>	<b>90,85</b>	88,22 - 92,93	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit "door-to-needle time" <= 60 min.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und intravenöser Thrombolyse im eigenen Haus im Alter von 18 - 80 Jahren mit einem Zeitintervall Ereignis - Aufnahme <= 4 h und ausreichendem Schweregrad (NIHSS 4 -25) zur Durchführung einer Thrombolysetherapie.

Mit dem Erfassungsjahr 2019 wird die Door to needle time getrennt nach Indikation berechnet.

Der Qualitätsindikator entspricht der eng gefassten Lyseindikation nach Protokoll:

Alter 18-80, NIHSS zwischen 4 und 25, Zeitintervall Ereignis - Aufnahme <= 4 h.

Durch den vermehrten Off-Label Use der intravenösen Thrombolyse werden alle anderen Thrombolyse komplementär im Indikator ADSR16c-002 dargestellt.

Bitte beachten Sie, dass in den Vorjahresergebnissen alle durchgeführten Thrombolyse berücksichtigt wurden und die Ergebnisse daher nicht vergleichbar sind. In den Vorjahren erfolgte lediglich eine informative Darstellung als Untergruppe "Ebene 1".

Eine frühzeitige intravenöse Lysetherapie nach Hirninfarkt verbessert das Outcome der Patientinnen und Patienten. In Übersichtsarbeiten randomisierter klinischer Studien gibt es eine deutliche Beziehung zwischen einem früheren Beginn der Behandlung und einem besseren Outcome. Eine Empfehlung zu einem möglichst frühzeitigen Beginn der Thrombolysetherapie findet sich in aktuellen Leitlinien der ESO sowie der ASA/ AHA.

Gemäß dem "Time is Brain"-Konzept sollten für die ersten Stunden nach Beginn der Ischämie die Abläufe in der Klinik so effektiv organisiert werden, dass die Thrombolyse innerhalb von 60 Minuten nach Eintreffen begonnen werden kann (National Institute of Neurological Disorders and Stroke 1996).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Door to needle time <= 60 min (nach Protokoll - Alter >= 18 Jahre, NHISS 4 - 25)

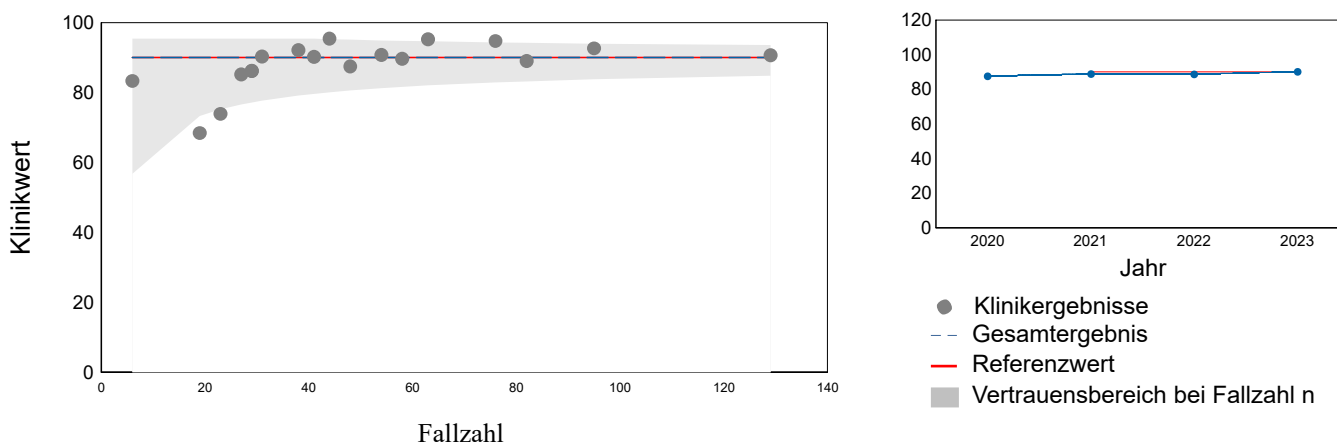
Indikator: ADSR16d-002

Ziel: Möglichst hoher Anteil von Patienten mit door-to-needle time <= 60 min bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	679	-	776	87,50	84,99 - 89,64	nicht definiert
2021	696	-	784	88,78	86,37 - 90,80	>= 90,00
2022	688	-	776	88,66	86,24 - 90,70	>= 90,00
<b>2023</b>	<b>803</b>	-	<b>892</b>	<b>90,02</b>	87,88 - 91,82	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis ist unauffällig.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit door-to-needle time <= 60 min.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und intravenöser Thrombolyse im eigenen Haus mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <= 4 h und ausreichendem Schweregrad (NIHSS 4 -25) zur Durchführung einer Thrombolysetherapie.

Mit dem Erfassungsjahr 2019 wird die Door to needle time getrennt nach Indikation berechnet.

Der Qualitätsindikator entspricht der eng gefassten Lyseindikation nach Protokoll:

Alter 18-80, NIHSS zwischen 4 und 25, Zeitintervall Ereignis - Aufnahme <= 4 h.

Durch den vermehrten Off-Label Use der intravenösen Thrombolyse werden alle anderen Thrombolyse komplementär im Indikator ADSR16c-002 dargestellt.

Bitte beachten Sie, dass in den Vorjahresergebnissen alle durchgeführten Thrombolyse berücksichtigt wurden und die Ergebnisse daher nicht vergleichbar sind. In den Vorjahren erfolgte lediglich eine informative Darstellung als Untergruppe "Ebene 1".

Eine frühzeitige intravenöse Lysetherapie nach Hirninfarkt verbessert das Outcome der Patientinnen und Patienten. In Übersichtsarbeiten randomisierter klinischer Studien gibt es eine deutliche Beziehung zwischen einem früheren Beginn der Behandlung und einem besseren Outcome. Eine Empfehlung zu einem möglichst frühzeitigen Beginn der Thrombolysetherapie findet sich in aktuellen Leitlinien der ESO sowie der ASA/ AHA.

Gemäß dem "Time is Brain"-Konzept sollten für die ersten Stunden nach Beginn der Ischämie die Abläufe in der Klinik so effektiv organisiert werden, dass die Thrombolyse innerhalb von 60 Minuten nach Eintreffen begonnen werden kann (National Institute of Neurological Disorders and Stroke 1996).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

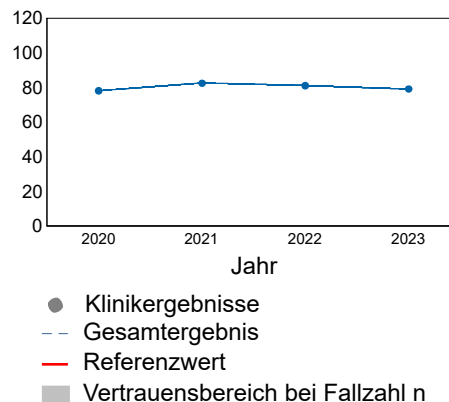
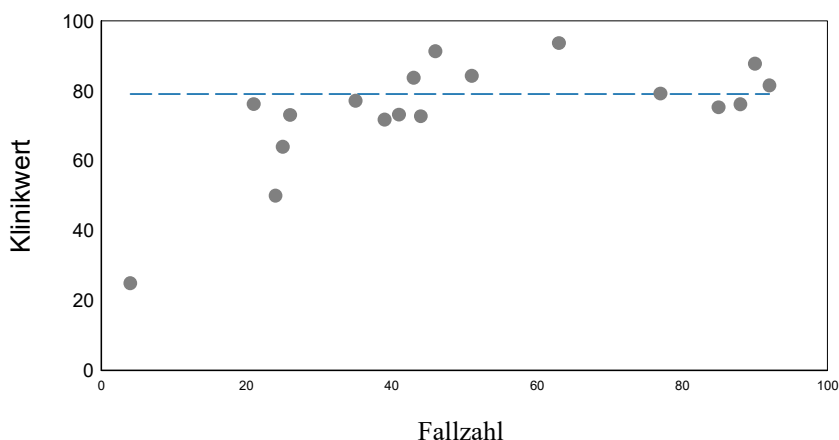
Door to needle time <= 60 min (erweiterte Indikation)

Indikator: ADSR16c-002

Ziel: Möglichst hoher Anteil mit "door-to-needle time" <= 60 min bei Fällen mit intravenöser Thrombolyse.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	563	-	721	78,09	74,92 - 80,95	nicht definiert
2021	637	-	773	82,41	79,56 - 84,93	nicht definiert
2022	602	-	743	81,02	78,05 - 83,68	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>707</b>	-	<b>894</b>	<b>79,08</b>	76,30 - 81,62	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit "door-to-needle time" <= 60 min.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und intravenöser Thrombolyse im eigenen Haus bei off Label Use: Alter über 80 Jahre oder Zeitintervall Ereignis-Aufnahme > 4h oder NIHSS <4 oder NIHSS >25.

Mit dem Erfassungsjahr 2019 wird die Door to needle time getrennt nach Indikation berechnet. Dieser Qualitätsindikator entspricht dem Off-Label Use der intravenösen Thrombolyse bezüglich Alter, Zeitintervall Ereignis-Aufnahme und NIHSS. Die door-to-needle time bei Lyseindikation nach Protokoll (Alter 18-80, NIHSS zwischen 4 und 25, Zeitintervall Ereignis - Aufnahme <= 4) wird komplementär im Indikator ADSR16a-002 dargestellt. In den Vorjahren erfolgte eine informative Darstellung als Untergruppe "Ebene 2".

Eine frühzeitige intravenöse Lysetherapie nach Hirninfarkt verbessert das Outcome der Patientinnen und Patienten. In Übersichtsarbeiten randomisierter klinischer Studien gibt es eine deutliche Beziehung zwischen einem früheren Beginn der Behandlung und einem besseren Outcome. Eine Empfehlung zu einem möglichst frühzeitigen Beginn der Thrombolysetherapie findet sich in aktuellen Leitlinien der ESO sowie der ASA/ AHA. Gemäß dem "Time is Brain"-Konzept sollten für die ersten Stunden nach Beginn der Ischämie die Abläufe in der Klinik so effektiv organisiert werden, dass die Thrombolyse innerhalb von 60 Minuten nach Eintreffen begonnen werden kann (National Institute of Neurological Disorders and Stroke 1996).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

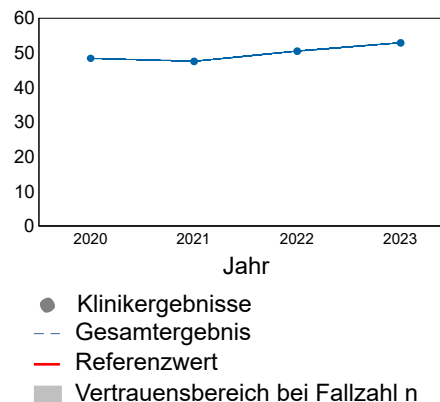
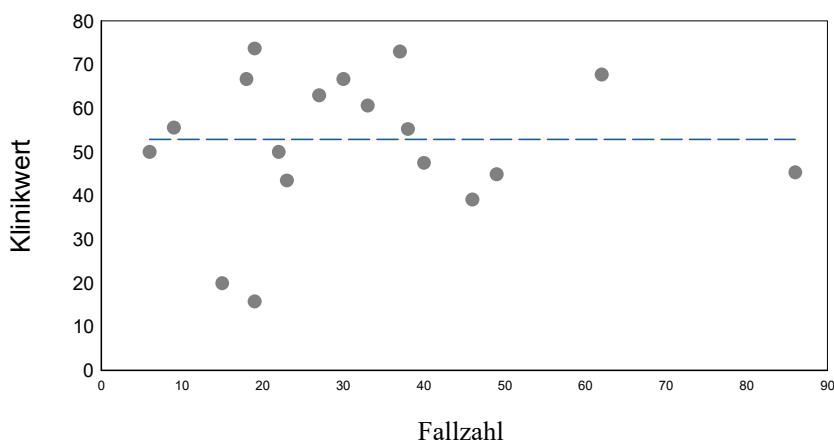
Door to needle time <= 30 min (Alter >= 18 Jahre und <= 80 Jahre, NHISS 4 - 25)

Kennzahl: ADSR16b-002

Ziel: Möglichst hoher Anteil mit "door-to-needle time" <= 30 min bei Fällen mit intravenöser Thrombolyse.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	242	-	500	48,40	44,05 - 52,78	nicht definiert
2021	224	-	471	47,56	43,09 - 52,07	nicht definiert
2022	261	-	517	50,48	46,19 - 54,77	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>306</b>	-	<b>579</b>	<b>52,85</b>	48,78 - 56,88	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit "door-to-needle time" <= 30 min.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und intravenöser Thrombolyse im eigenen Haus im Alter von 18 - 80 Jahren mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <= 4 h und ausreichendem Schweregrad (NIHSS 4 -25) zur Durchführung einer Thrombolysetherapie.

Die Kennzahl bildet Fälle ab, bei denen eine sehr gute Prozesszeit (30 Minuten und kürzer) für eine intravenösen Lyse vorliegt.

Bitte beachten Sie, mit dem Erfassungsjahr 2019 wird die Door to needle time getrennt nach Indikation berechnet. Die Kennzahl entspricht der eng gefassten Lyseindikation nach Protokoll:

Alter 18-80, NIHSS zwischen 4 und 25, Zeitintervall Ereignis - Aufnahme <= 4 h.

In den Vorjahren wurden alle durchgeführten Thrombolyse berücksichtigt, die Ergebnisse sind daher nicht vergleichbar, es erfolgte lediglich eine informative Darstellung als Untergruppe "Ebene 1".

Eine frühzeitige intravenöse Lysetherapie nach Hirninfarkt verbessert das Outcome der Patienten. In Übersichtsarbeiten randomisierter klinischer Studien gibt es eine deutliche Beziehung zwischen einem früheren Beginn der Behandlung und einem besseren Outcome. Eine Empfehlung zu einem möglichst frühzeitigen Beginn der Thrombolysetherapie findet sich in aktuellen Leitlinien der ESO sowie der ASA/ AHA.

Gemäß dem "Time is Brain"-Konzept sollten für die ersten Stunden nach Beginn der Ischämie die Abläufe in der Klinik so effektiv organisiert werden, dass die Thrombolyse innerhalb von 60 Minuten nach Eintreffen begonnen werden kann (National Institute of Neurological Disorders and Stroke 1996).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Karotisrevaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose

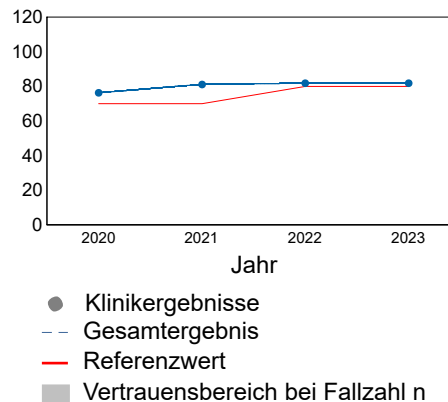
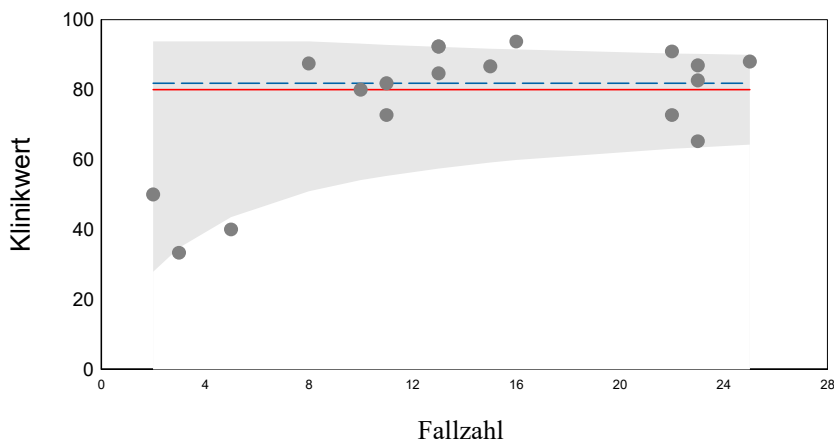
Indikator: ADSR17-003

Ziel: Möglichst hoher Anteil frühzeitig zur Revaskularisierung (Operation) verlegter Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose nach TIA oder nicht-behinderndem Hirninfarkt.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	221	-	290	76,21	70,98 - 80,75	>= 70,00
2021	200	-	247	80,97	75,62 - 85,38	>= 70,00
2022	234	-	286	81,82	76,94 - 85,86	>= 80,00
<b>2023</b>	<b>211</b>	-	<b>258</b>	<b>81,78</b>	76,62 - 86,02	<b>&gt;= 80,00</b>

Das Ergebnis ist unauffällig.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Revaskularisierung der Carotis (Revaskularisierung während des dokum. Aufenthalts, verlegt [extern] zur Revaskularisierung bzw. im Arztbrief empfohlen).

**Fallzahl:** Fälle mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA mit Nachweis symptomatischer Karotisstenose ( $\geq 70\%$  und  $<100\%$ ) und mit Rankin Scale bei Entlassung  $\leq 3$ .  
 [Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h, von Fällen mit intraarterieller Therapie sowie von Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung]

Die Revaskularisierung symptomatischer Karotisstenosen ist ein evidenzbasiertes, hocheffektives Verfahren zur Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls. In den Leitlinien wird empfohlen, den Eingriff möglichst frühzeitig innerhalb der ersten 14 Tage nach dem zerebral-ischämischen Ereignis durchzuführen. Hierdurch kann die größte Risikoreduktion bei hochgradigen Stenosen  $\geq 70\%$  erreicht werden.



Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

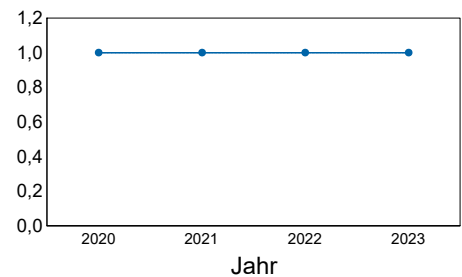
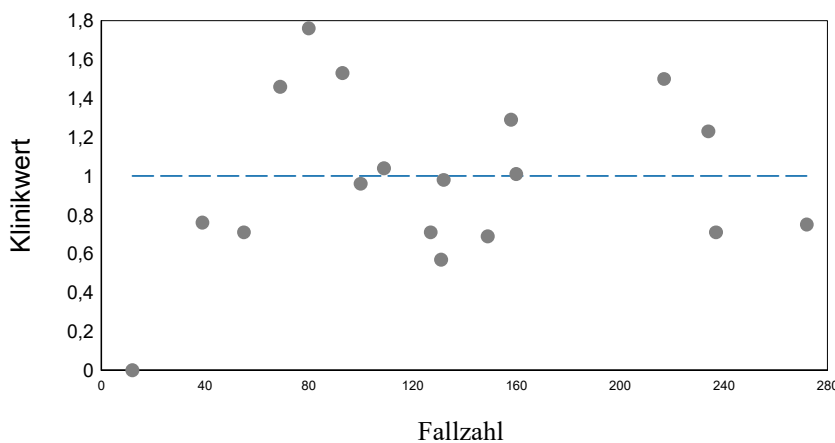
**Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts**

Kennzahl: ADSR18a-003

Ziel: **Möglichst niedriger Anteil von Fällen mit Entlassungsstatus „verstorben“ nach systemischer Thrombolyse oder intraarterieller Therapie.**

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2020	202	202,08	2.014	1,00	0,88 - 1,14	nicht definiert
2021	173	173,01	2.026	1,00	0,87 - 1,15	nicht definiert
2022	180	180,01	2.081	1,00	0,87 - 1,15	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>243</b>	<b>243,00</b>	<b>2.374</b>	<b>1,00</b>	<b>0,89 - 1,13</b>	<b>nicht definiert</b>

**Ergebnisanalyse**



● Klinikergebnisse  
 - - Gesamtergebnis  
 - Referenzwert  
 ■ Vertrauensbereich bei Fallzahl n

Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
ADSR18c	117	-	1.797	1,00	-	-
ADSR18d	181	-	1.027	1,00	-	-

**Ereignis:** Verstorbene Patienten.

**Fallzahl:** Fälle mit intravenöser Thrombolyse und/oder intraarterieller Therapie bei Hirninfarkt. [Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne Rückverlegung]

Diese Kennzahl wird zum Erfassungsjahr 2017 erstmalig berechnet und erweitert die ehemaligen Indikatoren zur Sterblichkeit nach i.v. Thrombolyse um die Fälle mit intraarterieller Therapie. Bei diesem Indikator sind auch Patienten mit einer palliativen Therapiezielsetzung im Verlauf eingeschlossen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass das Risikoadjustierungsmodell auf Grundlage des bundesweiten Datenpools erstellt werden sollte. Dies ist zum Auswertungszeitpunkt jedoch noch nicht erfolgt. Daher basiert die Berechnung auf den Berliner Daten mit geringerem Datenumfang. Folgende Faktoren werden in dem logistischen Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt:

- National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) Score,
- Alter,
- Diabetes
- Versorgungssituation
- Z.n. Insult

Neben den Gesamt-Todesfällen werden auch Strata nach Art des Eingriffs vorgenommen:

Ebene 1: Todesfälle bei ausschließlich intravenöser Thrombolyse

Ebene 2: Todesfälle bei ausschließlich intraarterieller Therapie

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

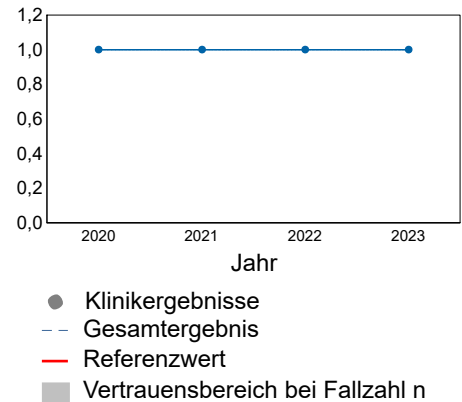
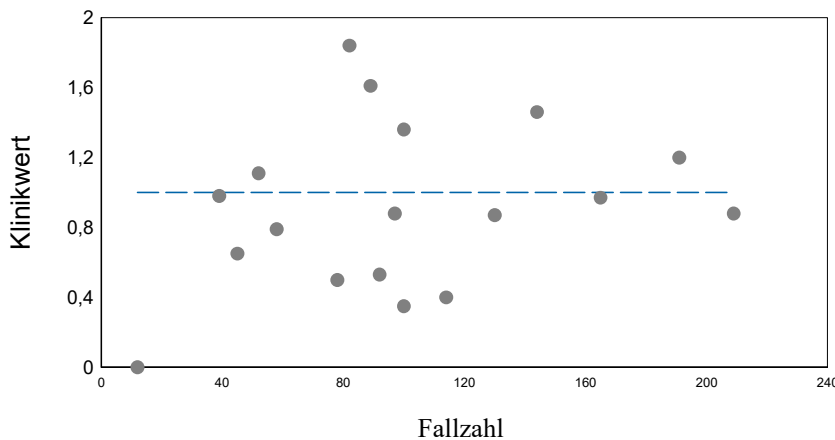
Sterblichkeit nach Trombolyse

Kennzahl: ADSR18c-003

Ziel: Möglichst niedriger Anteil von Fällen mit Entlassungsstatus „verstorben“ nach systemischer Thrombolyse.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2020	122	122,06	1.579	1,00	0,84 - 1,18	nicht definiert
2021	97	97,00	1.542	1,00	0,82 - 1,21	nicht definiert
2022	83	83,00	1.549	1,00	0,81 - 1,23	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>117</b>	<b>117,00</b>	<b>1.797</b>	<b>1,00</b>	<b>0,84 - 1,19</b>	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Verstorbene Patienten.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und Thrombolyse.  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne Rückverlegung]

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass das Risikoadjustierungsmodell auf Grundlage des bundesweiten Datenpools erstellt werden sollte. Dies ist zum Auswertungszeitpunkt jedoch noch nicht erfolgt. Daher basiert die Berechnung auf den Berliner Daten mit geringerem Datenumfang. Folgende Faktoren werden in dem logistischen Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt:

- National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) Score,
- Alter,
- Diabetes
- Versorgungssituation
- Z.n. Insult

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

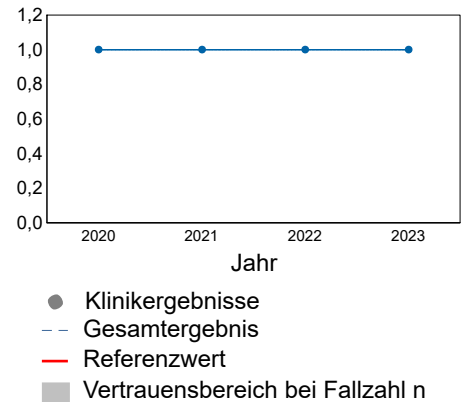
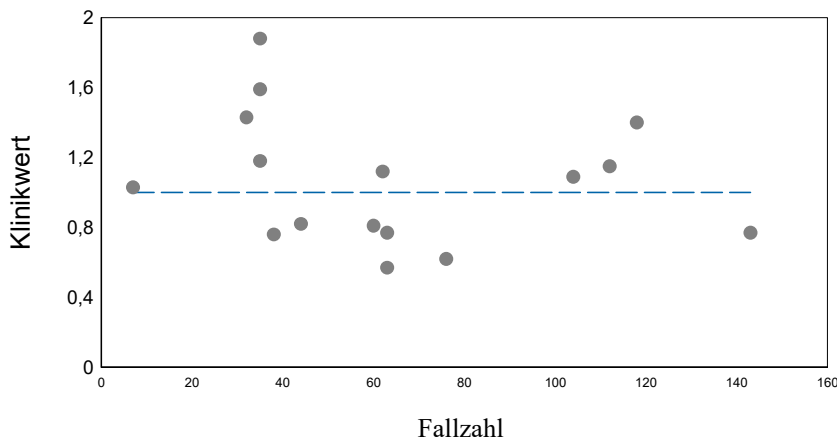
Sterblichkeit nach Thrombektomie

Kennzahl: ADSR18d-003

Ziel: Möglichst niedriger Anteil von Fällen mit Entlassungsstatus „verstorben“ nach intraarterieller Therapie.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2020	145	145,00	827	1,00	0,86 - 1,16	nicht definiert
2021	127	127,00	856	1,00	0,85 - 1,17	nicht definiert
2022	148	148,36	929	1,00	0,86 - 1,15	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>181</b>	<b>181,00</b>	<b>1.027</b>	<b>1,00</b>	<b>0,87 - 1,14</b>	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Verstorbene Patienten.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und Intraarterielle Therapie (IAT).  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne Rückverlegung]

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass das Risikoadjustierungsmodell auf Grundlage des bundesweiten Datenpools erstellt werden sollte. Dies ist zum Auswertungszeitpunkt jedoch noch nicht erfolgt. Daher basiert die Berechnung auf den Berliner Daten mit geringerem Datenumfang. Folgende Faktoren werden in dem logistischen Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt:

- National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) Score,
- Alter,
- Diabetes
- Versorgungssituation
- Z.n. Insult

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Rehabilitationsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen

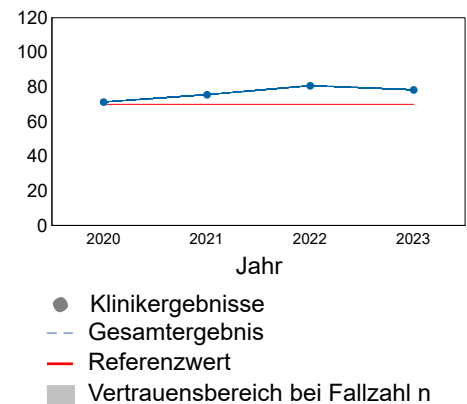
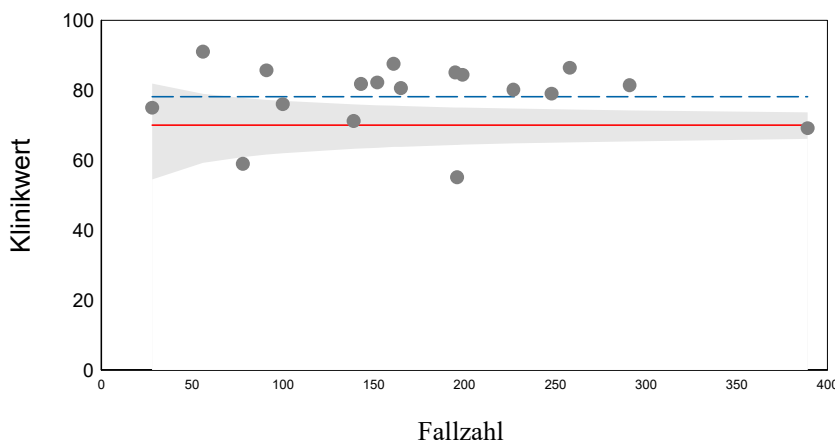
Indikator: **ADSR19-002**

Ziel: **Möglichst hoher Anteil an Fällen, die nach einem akuten Schlaganfallereignis eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme erhalten.**

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	2.551	-	3.580	71,26	69,75 - 72,72	>= 70,00
2021	2.748	-	3.644	75,41	73,99 - 76,78	>= 70,00
2022	2.289	-	2.837	80,68	79,19 - 82,09	>= 70,00
<b>2023</b>	<b>2.436</b>	-	<b>3.116</b>	<b>78,18</b>	76,69 - 79,59	<b>&gt;= 70,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle, 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).

**Fallzahl:** Fälle mit mod. Rankin-Skala bei Entlassung von 2 bis 5 sowie mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag und ohne vorherige Pflegesituation zu Hause oder im Pflegeheim.  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung in eine andere Akutklinik sowie von Fällen bei denen eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde]

Ein zeitnaher Beginn der Rehabilitationsbehandlung nach Schlaganfall ist ein wesentlicher Faktor zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit, zur Verbesserung der Fähigkeiten in Aktivitäten des täglichen Lebens, zur Erhöhung der Lebensqualität und zur Ermöglichung gesellschaftlicher Partizipation.

Anpassung zum EJ 2022: Der Nenner umfasst künftig nur Fälle mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag. Zudem werden nun auch Fälle ausgeschlossen, die sich vor Aufnahme in häuslicher Pflegesituation befanden.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe

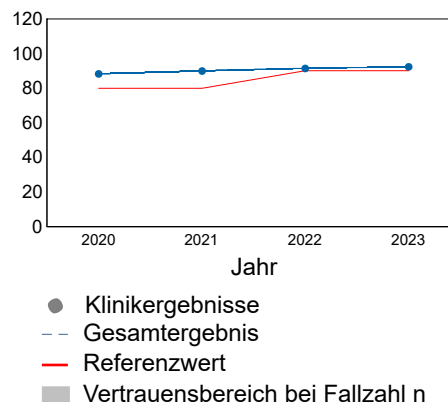
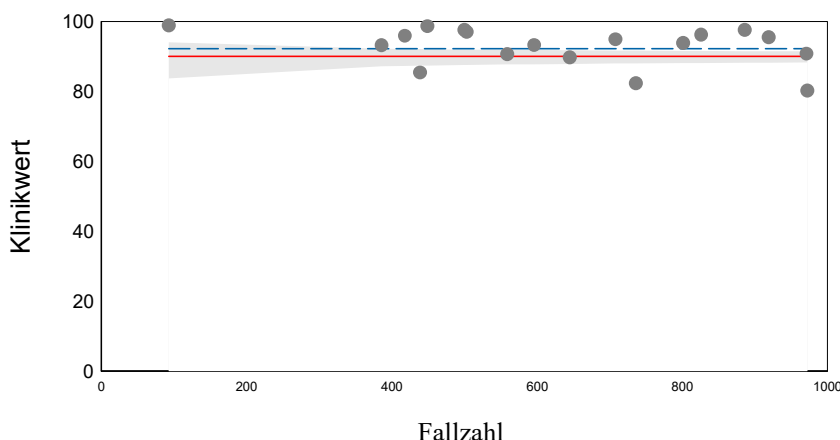
Indikator: ADSR21-002

Ziel: Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung Statine erhalten.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	9.323	-	10.573	88,18	87,55 - 88,78	>= 80,00
2021	9.563	-	10.635	89,92	89,33 - 90,48	>= 80,00
2022	9.431	-	10.330	91,30	90,74 - 91,83	>= 90,00
<b>2023</b>	<b>10.519</b>	-	<b>11.407</b>	<b>92,22</b>	91,71 - 92,69	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle, die zum Entlassungszeitpunkt ein Statin erhielten oder denen ein Statin verordnet bzw. empfohlen wurde.

**Fallzahl:** Alle Fälle mit Diagnose Hirninfarkt / TIA.  
 [Ausschluss von Verstorbenen, von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung sowie von Fällen mit palliativer Therapiezielsetzung]

Systematische Übersichtsarbeiten zeigten, dass die Gabe von Statinen das Risiko eines erneuten Schlaganfalls bei Patientinnen und Patienten mit ischämischen Schlaganfall oder TIA senkt. Ebenso wird das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse in dieser Patientengruppe reduziert. Basierend auf den Ergebnissen kardiovaskulärer Studien sollte bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten mit einem Statin ein LDL-Cholesterinwert < 100 mg/dl (<2,6 mmol/L) angestrebt werden.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

VHF-Diagnostik

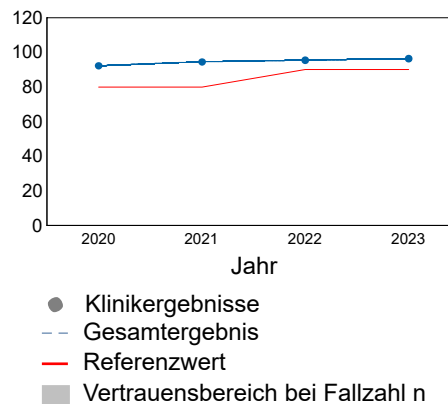
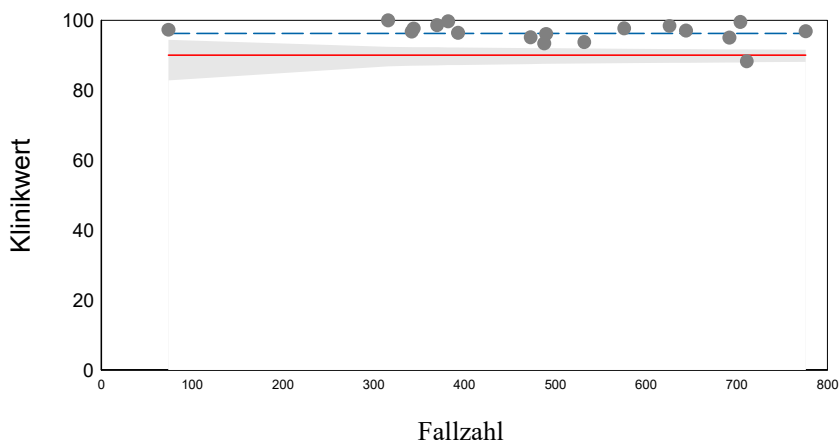
Indikator: ADSR22-002

Ziel: Möglichst häufig Durchführung einer Herzrhythmusdiagnostik bei Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Status.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	7.996	-	8.674	92,18	91,60 - 92,73	>= 80,00
2021	8.179	-	8.663	94,41	93,91 - 94,88	>= 80,00
2022	7.706	-	8.078	95,39	94,92 - 95,83	>= 90,00
<b>2023</b>	<b>8.599</b>	-	<b>8.933</b>	<b>96,26</b>	95,85 - 96,64	<b>&gt;= 90,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit während des stationären Aufenthaltes durchgeführter Rhythmusdiagnostik.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt/TIA mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag und ohne vorbekanntes Vorhofflimmern.  
[Ausschluss von Fällen bei denen eine palliative Zielsetzung festgelegt wurde]

Vorhofflimmern ist eine häufige Ursache emboliebedingter Schlaganfälle. Bei bekanntem Vorhofflimmern gibt es evidenzbasierte Therapieverfahren (orale Antikoagulanzen). Dementsprechend wichtig ist eine gründliche und spezifische Diagnostik auf Vorliegen von Vorhofflimmern bei Zustand nach ischämischen Schlaganfall oder Transitorisch Ischämischer Attacke.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

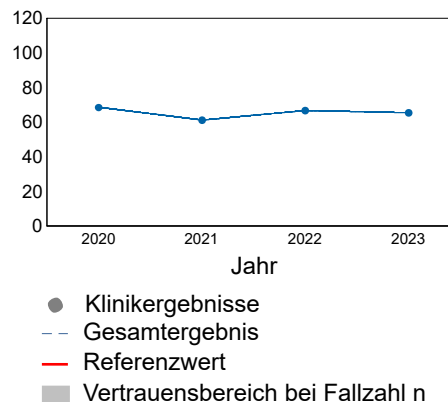
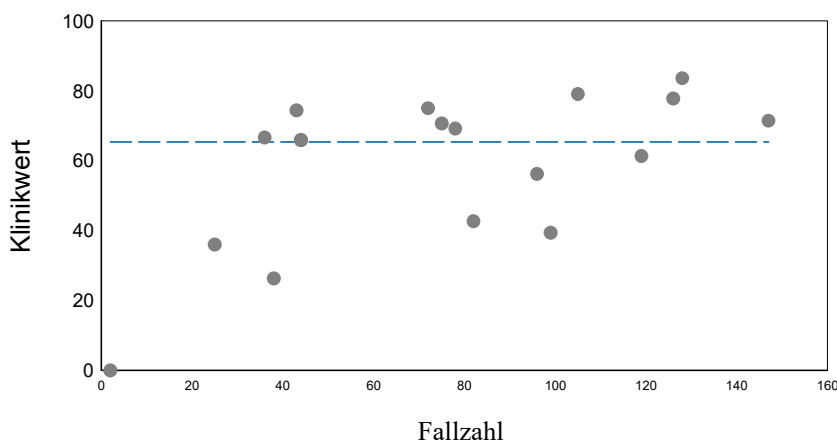
**Intraarterielle Therapie**

Kennzahl: ADSR23-002

Ziel: Möglichst häufig Durchführung einer Intraarteriellen Therapie bei entsprechenden Voraussetzungen.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	558	-	816	68,38	65,11 - 71,48	nicht definiert
2021	754	-	1.235	61,05	58,30 - 63,73	nicht definiert
2022	820	-	1.230	66,67	63,98 - 69,25	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>888</b>	-	<b>1.359</b>	<b>65,34</b>	62,77 - 67,83	<b>nicht definiert</b>

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Fälle mit Durchführung einer bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie.

**Fallzahl:** Fälle mit einem Hirninfarkt, einem Gefäßverschluss (Carotis-T, M1, M2 oder BA).  
[Ausschluss von Fällen, die bereits vor Aufnahme eine IAT erhalten haben.]

Eine mechanische Thrombektomie ist zur Behandlung von akuten Schlaganfallpatienten mit klinisch relevantem neurologischen Defizit und großem arteriellem Gefäßverschluss im vorderen Kreislauf bis zu 6 Stunden (Zeitpunkt der Leistenpunktion) nach Auftreten der Symptome empfohlen (siehe DGN: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015, Rekanalisierende Therapie - Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie). Dieser Indikator zeigt sowohl Fälle, die zu einer IAT verlegt wurden (Stratum 1) sowie diejenigen, die im eigenen Haus mechanisch thrombektomiert wurden (Stratum 2).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Intraarterielle Therapie (Zeitfenster <= 6h)

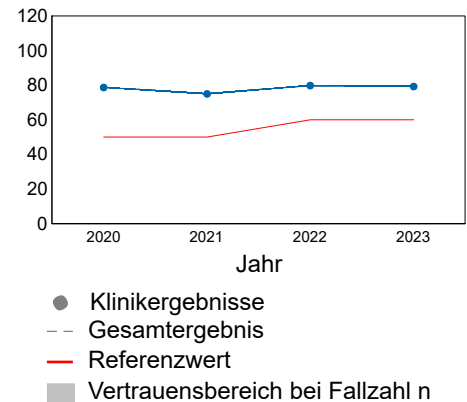
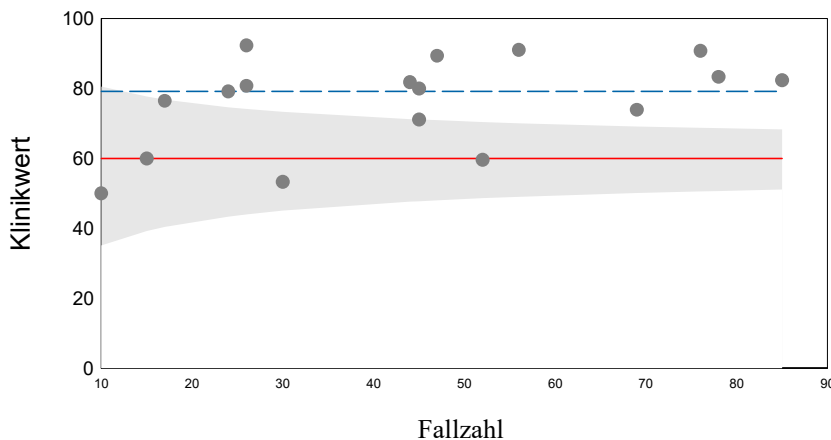
Indikator: ADSR23-001

Ziel: Möglichst häufig Durchführung einer Intraarteriellen Therapie bei entsprechenden Voraussetzungen.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	384	-	488	78,69	74,84 - 82,09	>= 50,00
2021	514	-	686	74,93	71,55 - 78,03	>= 50,00
2022	537	-	673	79,79	76,59 - 82,65	>= 60,00
<b>2023</b>	<b>590</b>	-	<b>745</b>	<b>79,19</b>	76,13 - 81,96	<b>&gt;= 60,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
Verleg.	12	-	745	1,61	-	-
im Haus	578	-	745	77,58	-	-

**Ereignis:** Fälle mit Durchführung einer bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie.

**Fallzahl:** Fälle mit einem Hirninfarkt, einem Gefäßverschluss (Carotis-T, M1, M2 oder BA) und einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <=6 h oder Inhouse-Stroke, unter Ausschluss von Fällen, die bereits vor Aufnahme eine IAT erhalten haben.

Eine mechanische Thrombektomie ist zur Behandlung von akuten Schlaganfallpatienten mit klinisch relevantem neurologischen Defizit und großem arteriellem Gefäßverschluss im vorderen Kreislauf bis zu 6 Stunden (Zeitpunkt der Leistenpunktion) nach Auftreten der Symptome empfohlen (siehe DGN: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015, Rekanalisierende Therapie - Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie).

Dieser Indikator zeigt sowohl Fälle, die zu einer IAT verlegt wurden (Stratum 1) sowie diejenigen, die im eigenen Haus mechanisch thrombektomiert wurden (Stratum 2).



Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

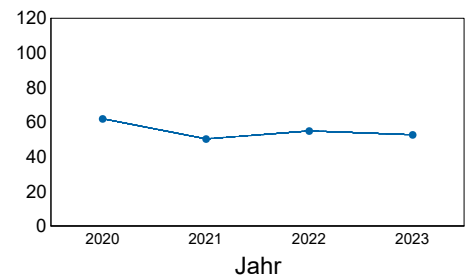
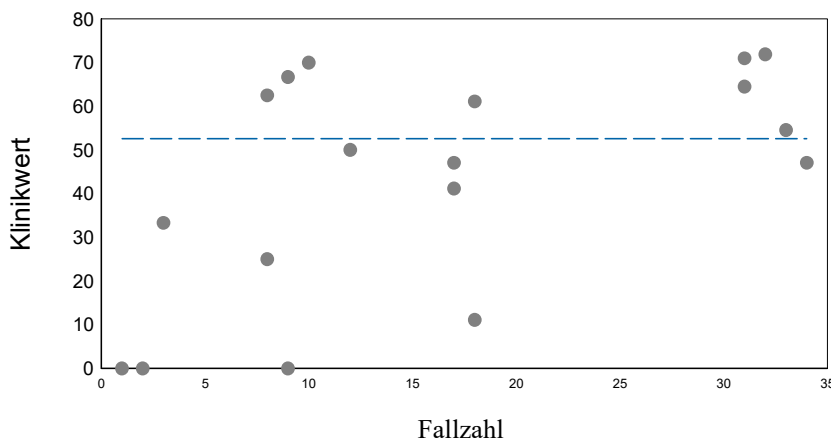
**Intraarterielle Therapie (Zeitfenster > 6 – 24h)**

Kennzahl: ADSR23-003

Ziel: **Möglichst häufig Durchführung einer Intraarteriellen Therapie bei entsprechenden Voraussetzungen.**

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	128	-	207	61,84	55,06 - 68,18	nicht definiert
2021	166	-	331	50,15	44,79 - 55,50	nicht definiert
2022	155	-	283	54,77	48,95 - 60,47	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>154</b>	-	<b>293</b>	<b>52,56</b>	46,85 - 58,21	<b>nicht definiert</b>

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Fälle mit Durchführung einer bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie.

**Fallzahl:** Fälle mit einem Hirninfarkt, einem Gefäßverschluss (Carotis-T, M1, M2 oder BA) und einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme >6-24 h, unter Ausschluss von Fällen, die bereits vor Aufnahme eine IAT erhalten haben.

Eine mechanische Thrombektomie ist zur Behandlung von akuten Schlaganfallpatienten mit klinisch relevantem neurologischen Defizit und großem arteriellem Gefäßverschluss im vorderen Kreislauf bis zu 6 Stunden (Zeitpunkt der Leistenpunktion) nach Auftreten der Symptome empfohlen (siehe DGN: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015, Rekanalisierende Therapie - Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie).

Dieser Indikator zeigt sowohl Fälle, die zu einer IAT verlegt wurden (Stratum 1) sowie diejenigen, die im eigenen Haus mechanisch thrombektomiert wurden (Stratum 2).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Door-to-puncture-time <= 90 min

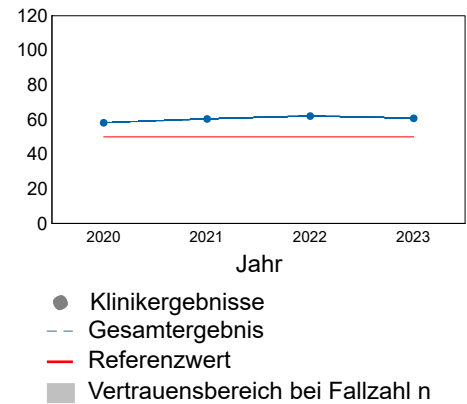
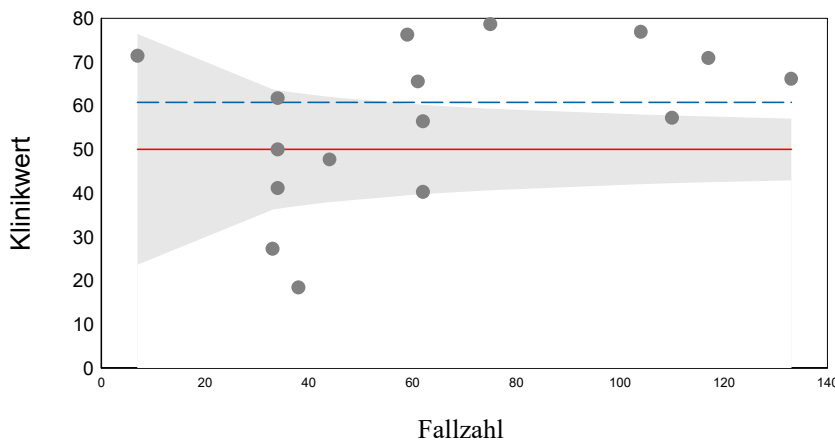
Indikator: ADSR25-001

Ziel: Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie bei ischämischen Hirninfarkten.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	455	-	783	58,11	54,62 - 61,52	>= 50,00
2021	498	-	826	60,29	56,91 - 63,57	>= 50,00
2022	559	-	901	62,04	58,83 - 65,15	>= 50,00
<b>2023</b>	<b>612</b>	-	<b>1.007</b>	<b>60,77</b>	57,72 - 63,74	<b>&gt;= 50,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
ADSR25a	452	-	814	55,53	-	-
ADSR25b	160	-	193	82,90	-	-

**Ereignis:** Fälle mit einem Zeitintervall zwischen Aufnahme und Punktion (door-to-puncture-time) <= 90 min.

**Fallzahl:** Alle im eigenen Haus durchgeführte intraarterielle Therapien bei ischämischen Hirninfarkten.

Für den Indikator werden zusätzlich die Kennzahlen:

25a-001 ("Direct to Center"): Fälle, bei denen noch keine Diagnostik (Bildgebung) oder Thrombolyse bereits vor Aufnahme stattgefunden hat

25b-001 ("Drip and Ship"): Fälle, bei denen eine Diagnostik (Bildgebung) oder Thrombolyse bereits vor Aufnahme stattgefunden hat dargestellt.

Eine mechanische Thrombektomie ist zur Behandlung von akuten Schlaganfallpatienten mit klinisch relevantem neurologischen Defizit und großem arteriellem Gefäßverschluss im vorderen Kreislauf bis zu 6 Stunden (Zeitpunkt der Leistenpunktion) nach Auftreten der Symptome empfohlen. Sie sollte nicht die Einleitung der intravenösen Thrombolyse verzögern und die intravenöse Thrombolyse darf die mechanische Thrombektomie nicht verzögern, insbesondere wird nicht empfohlen, einen möglichen rTPA-Effekt vor der Thrombektomie abzuwarten.

Die IAT sollte möglichst rasch nach der Indikationsstellung erfolgen, die Zeit zwischen Eintreffen in der Klinik und Leistenpunktion (door-to-puncture-time oder door-to-groin time) sollte maximal 90 Minuten und die Zeit zwischen Leistenpunktion und Thrombektomiebeginn maximal 30 Minuten betragen (siehe DGN: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015, Rekanalisierende Therapie - Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

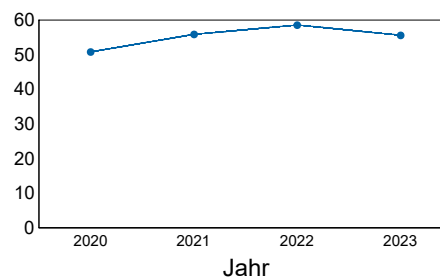
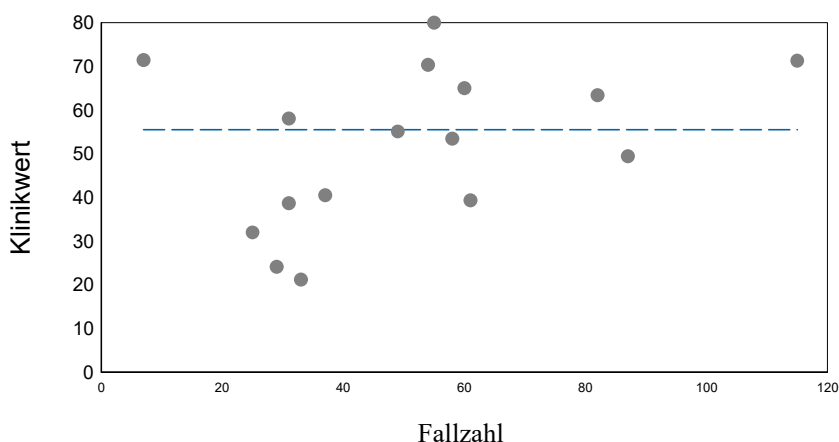
Door-to-puncture-time <= 90 min (Bildgebung bzw. Thrombolyse im eigenen Haus)

Kennzahl: ADSR25a-001

Ziel: Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie bei ischämischen Hirninfarkten.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	297	-	585	50,77	46,73 - 54,80	nicht definiert
2021	372	-	666	55,86	52,06 - 59,58	nicht definiert
2022	441	-	754	58,49	54,94 - 61,95	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>452</b>	-	<b>814</b>	<b>55,53</b>	52,10 - 58,91	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



- Klinikergebnisse
- - - Gesamtergebnis
- Referenzwert
- Vertrauensbereich bei Fallzahl n

**Ereignis:** Fälle mit einem Zeitintervall zwischen Aufnahme und Punktion (door-to-puncture-time) <= 90 min.

**Fallzahl:** Alle im eigenen Haus durchgeführte intraarterielle Therapien bei ischämischen Hirninfarkten (nur "Direct to Center"-Fälle).

Eine mechanische Thrombektomie ist zur Behandlung von akuten Schlaganfallpatienten mit klinisch relevantem neurologischen Defizit und großem arteriellem Gefäßverschluss im vorderen Kreislauf bis zu 6 Stunden (Zeitpunkt der Leistenpunktion) nach Auftreten der Symptome empfohlen. Sie sollte nicht die Einleitung der intravenösen Thrombolyse verzögern und die intravenöse Thrombolyse darf die mechanische Thrombektomie nicht verzögern, insbesondere wird nicht empfohlen, einen möglichen rtPA-Effekt vor der Thrombektomie abzuwarten.

Die IAT sollte möglichst rasch nach der Indikationsstellung erfolgen, die Zeit zwischen Eintreffen in der Klinik und Leistenpunktion (door-to-puncture-time oder door-to-groin time) sollte maximal 90 Minuten und die Zeit zwischen Leistenpunktion und Thrombektomiebeginn maximal 30 Minuten betragen (siehe DGN: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015, Rekanalisierende Therapie - Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

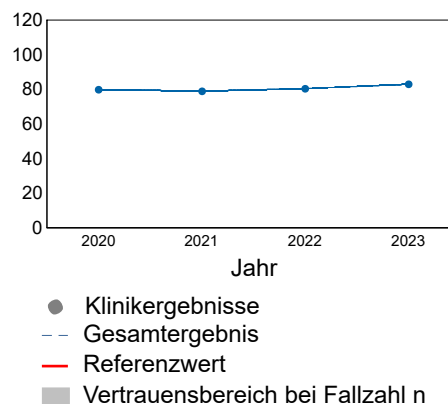
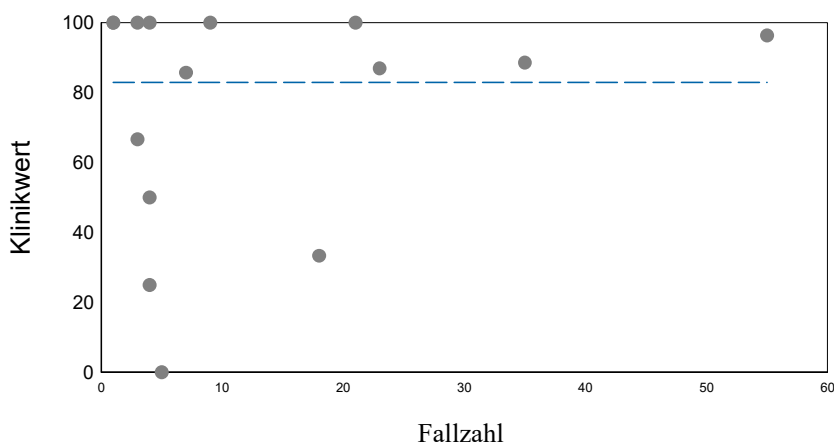
Door-to-puncture-time <= 90 min (Bildgebung bzw. Thrombolyse vor Aufnahme)

Kennzahl: ADSR25b-001

Ziel: Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie bei ischämischen Hirninfarkten.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	158	-	198	79,80	73,66 - 84,80	nicht definiert
2021	126	-	160	78,75	71,78 - 84,38	nicht definiert
2022	118	-	147	80,27	73,10 - 85,90	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>160</b>	-	<b>193</b>	<b>82,90</b>	76,96 - 87,56	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit einem Zeitintervall zwischen Aufnahme und Punktion (Door-to-puncture-time) <= 90 min.

**Fallzahl:** Alle im eigenen Haus durchgeführte intraarterielle Therapien bei ischämischen Hirninfarkten (nur "Drip and Ship"-Fälle).

Eine mechanische Thrombektomie ist zur Behandlung von akuten Schlaganfallpatienten mit klinisch relevantem neurologischen Defizit und großem arteriellem Gefäßverschluss im vorderen Kreislauf bis zu 6 Stunden (Zeitpunkt der Leistenpunktion) nach Auftreten der Symptome empfohlen. Sie sollte nicht die Einleitung der intravenösen Thrombolyse verzögern und die intravenöse Thrombolyse darf die mechanische Thrombektomie nicht verzögern, insbesondere wird nicht empfohlen, einen möglichen rtPA-Effekt vor der Thrombektomie abzuwarten.

Die IAT sollte möglichst rasch nach der Indikationsstellung erfolgen, die Zeit zwischen Eintreffen in der Klinik und Leistenpunktion (door-to-puncture-time oder door-to-groin time) sollte maximal 90 Minuten und die Zeit zwischen Leistenpunktion und Thrombektomiebeginn maximal 30 Minuten betragen (siehe DGN: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015, Rekanalisierende Therapie - Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

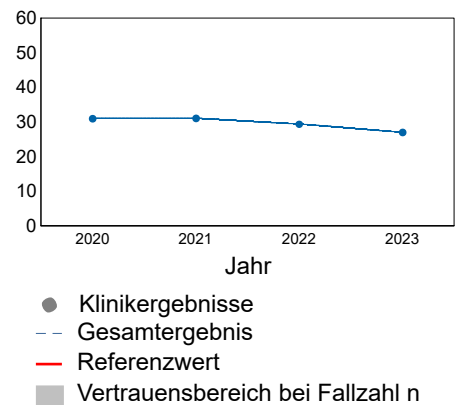
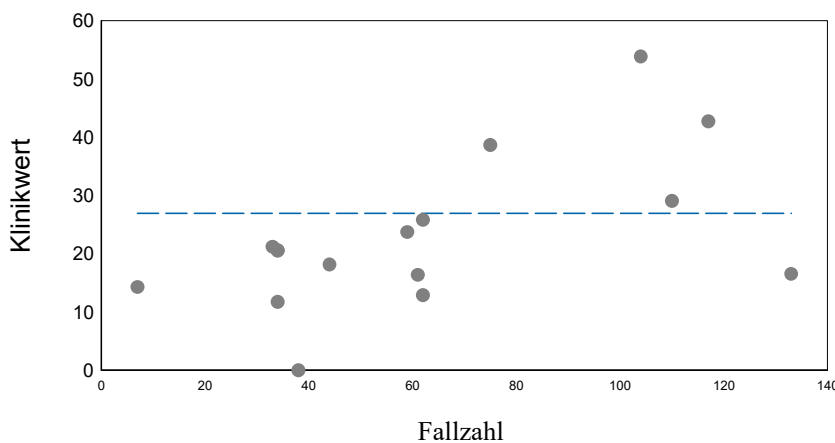
Door-to-puncture-time <= 60 min

Kennzahl: ADSR25c-001

Ziel: Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Aufnahme und Durchführung der intraarteriellen Therapie bei ischämischen Hirninfarkten.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	242	-	783	30,91	27,77 - 34,23	nicht definiert
2021	256	-	826	30,99	27,93 - 34,23	nicht definiert
2022	264	-	901	29,30	26,42 - 32,36	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>271</b>	-	<b>1.007</b>	<b>26,91</b>	24,26 - 29,73	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit einem Zeitintervall zwischen Aufnahme und Punktion (door-to-puncture-time) <= 60 min.

**Fallzahl:** Alle im eigenen Haus durchgeführte intraarterielle Therapien bei ischämischen Hirninfarkten.

Die Kennzahl bildet Fälle ab, bei denen eine sehr gute Prozesszeit (60 Minuten und kürzer) für die Zeit zwischen Eintreffen in der Klinik und Leistenpunktion (door-to-puncture-time) vorliegt.

Eine mechanische Thrombektomie ist zur Behandlung von akuten Schlaganfallpatienten mit klinisch relevantem neurologischen Defizit und großem arteriellem Gefäßverschluss im vorderen Kreislauf bis zu 6 Stunden (Zeitpunkt der Leistenpunktion) nach Auftreten der Symptome empfohlen. Sie sollte nicht die Einleitung der intravenösen Thrombolyse verzögern und die intravenöse Thrombolyse darf die mechanische Thrombektomie nicht verzögern, insbesondere wird nicht empfohlen, einen möglichen rTPA-Effekt vor der Thrombektomie abzuwarten.

Die IAT sollte möglichst rasch nach der Indikationsstellung erfolgen, die Zeit zwischen Eintreffen in der Klinik und Leistenpunktion (door-to-puncture-time oder door-to-groin time) sollte maximal 90 Minuten und die Zeit zwischen Leistenpunktion und Thrombektomiebeginn maximal 30 Minuten betragen (siehe DGN: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015, Rekanalisierende Therapie - Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

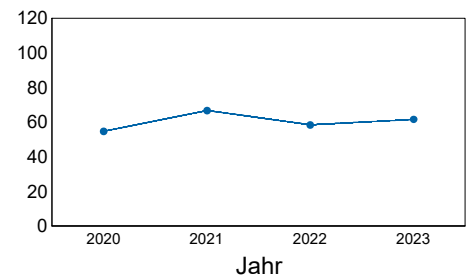
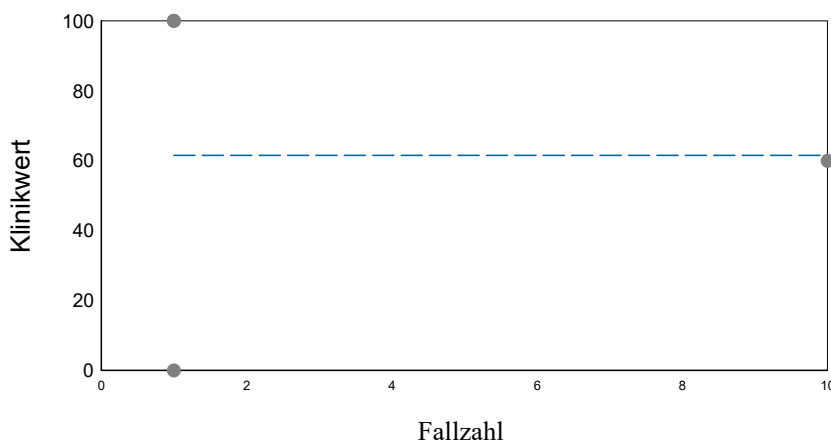
**Frühzeitige Verlegung intraarterielle Therapie**

Indikator: ADSR26-001

Ziel: Möglichst wenig Zeitverlust zwischen Bildgebung und Verlegung zur intraarteriellen Therapie.

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	18	-	33	54,55	37,99 - 70,16	nicht definiert
2021	18	-	27	66,67	47,82 - 81,36	nicht definiert
2022	14	-	24	58,33	38,83 - 75,53	nicht definiert
<b>2023</b>	<b>8</b>	-	<b>13</b>	<b>61,54</b>	35,52 - 82,29	<b>nicht definiert</b>

**Ergebnisanalyse**



- Klinikergebnisse
- - Gesamtergebnis
- Referenzwert
- Vertrauensbereich bei Fallzahl n

**Ereignis:** Fälle mit einem Zeitintervall zwischen Bildgebung und Verlegung  $\leq 75$  min.

**Fallzahl:** Alle zur intraarteriellen Therapie verlegten ischämischen Hirninfarkte bei erster Bildgebung im eigenen Haus und Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie (innerhalb von 12 h).

Bei Diagnose von akuten proximalen intrakraniellen Gefäßverschlüssen in einem Krankenhaus ohne Möglichkeit zur mechanischen Thrombektomie soll ein "Bridging-Konzept" verwendet werden. Nach ggf. Beginn der intravenösen Thrombolyse mit rtPA soll unverzüglich die Verlegung in ein Zentrum mit endovaskulärer Therapiemöglichkeit erfolgen. Die mechanische Thrombektomie ist als Erstlinien-Therapie bei Patienten mit Verschluss einer proximalen Hirnbasisarterie empfohlen, wenn eine intravenöse Thrombolyse kontraindiziert ist (siehe DGN: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015, Rekanalisierende Therapie - Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Erreichen des Rekanalisationsziels

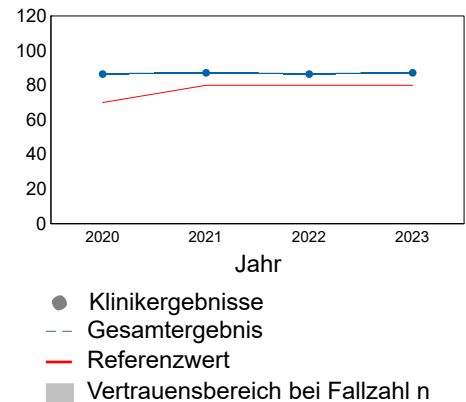
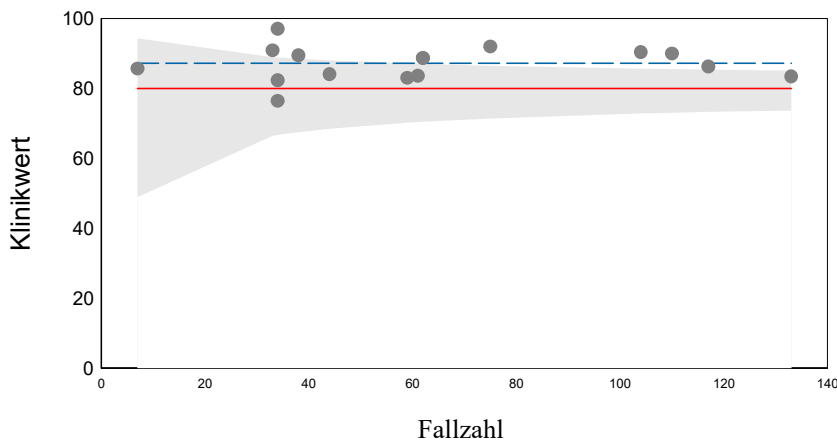
Indikator: ADSR27-001

Ziel: Möglichst oft Erreichen des Rekanalisationsziels (im Sinne der Gefäßwiedereröffnung)

Jahr (EJ)	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	676	-	783	86,33	83,75 - 88,56	>= 70,00
2021	719	-	826	87,05	84,58 - 89,17	>= 80,00
2022	778	-	901	86,35	83,95 - 88,44	>= 80,00
<b>2023</b>	<b>878</b>	-	<b>1.007</b>	<b>87,19</b>	84,98 - 89,11	<b>&gt;= 80,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Alle Fälle mit erfolgreicher Rekanalisation (TICI = IIb, III).

**Fallzahl:** Alle im eigenen Haus durchgeführten intraarteriellen Therapien bei ischämischen Hirninfarkten.

Die mechanische Thrombektomie sollte eine Reperfusion TICI 2b/3 erreichen, für die Gesamtzahl der Patienten ist eine Quote von mind. 75% TICI 2b/3 zu fordern (siehe DGN: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015, Rekanalisierende Therapie - Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie).

## Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern

Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware

In den individuellen Klinikstatistiken werden zu diesen Punkten zusätzlich die Vorgangsnummern zu den Fällen, die für eine Einzelfallanalyse von Interesse sein können ausgewiesen.

### 1. Dokumentation: Unspezifische Diagnose I64 kodiert

EJ2023		EJ2022	
n	%	n	%
12		7	

### 2. Dokumentation: Keine Bildgebung

EJ2023		EJ2022	
n	%	n	%
7		10	

### 3. Dokumentation: Verlegung zur geplanten IAT

EJ2023		EJ2022	
n	%	n	%
19		42	



Basisstatistik » Grundgesamtheit

1. Patienten

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
gesamt	13.612	100,0	12.496	100,0
STROKE-Bogen angelegt / Datensatz in Auswertung berücksichtigt	12.908	94,8	11.927	95,4
Minimaldatensatz dokumentiert (Nicht-Auslösung des Fallbogens)	704	5,2	569	4,6
- Ereignis älter als 7 Tage	447	63,5	359	63,1
- Entlassung/verlegung vor erster Bildgebung	2	0,3	4	0,7
- nur Frührehabilitation	18	2,6	11	1,9
- vor Aufnahme palliative Ziel- setzung festgelegt	29	4,1	28	4,9
- sonstiger Grund	208	29,5	167	29,3

2. Fallzahlen

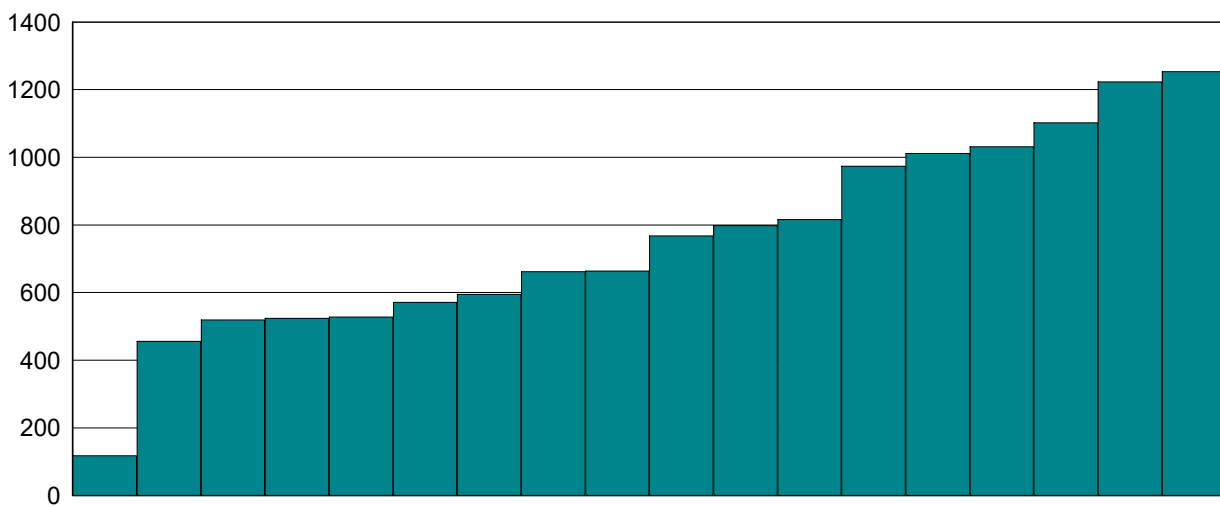
	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
gesamt	13.612	100,0	12.496	100,0
1. Quartal	3.411	25,1	2.928	23,4
2. Quartal	3.476	25,5	3.321	26,6
3. Quartal	3.419	25,1	3.144	25,2
4. Quartal	3.306	24,3	3.103	24,8
Überlieger (Aufnahme im Vorjahr und Entlassung im aktuellen Jahr)	249	1,8	172	1,4
STROKE-Bogen angelegt	12.908	94,8	11.927	95,4
1. Quartal	3.247	25,2	2.804	23,5
2. Quartal	3.292	25,5	3.150	26,4
3. Quartal	3.238	25,1	3.004	25,2
4. Quartal	3.131	24,3	2.969	24,9

Basisstatistik » Grundgesamtheit

3. Leistungszahlen

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	18	100,0	18	100,0

Fälle pro Daten übermittelnde Klinik/Fachabteilung



Fälle gesamt	13.612	100,0	12.496	100,0
Innere Medizin	33	0,2	78	0,6
- Minimaldatensätze	11	33,3	29	37,2
Neurologie	12.987	95,4	12.000	96,0
- Minimaldatensätze	595	4,6	450	3,8

Basisstatistik » Patienten

1. Alter

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
< 40 Jahre	217	1,7	216	1,8
40 - 49 Jahre	486	3,8	432	3,6
50 - 59 Jahre	1.312	10,2	1.306	10,9
60 - 69 Jahre	2.381	18,4	2.085	17,5
70 - 79 Jahre	3.206	24,8	3.158	26,5
80 - 89 Jahre	4.408	34,1	3.992	33,5
>= 90 Jahre	898	7,0	738	6,2
Mittelwert		73,6		73,2
Median		76,0		76,0

2. Geschlecht

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
männlich	6.785	52,6	6.350	53,2
weiblich	6.122	47,4	5.567	46,7
divers	1	0,0	7	0,1
unbestimmt	0	0,0	3	0,0

Basisstatistik » Patienten

3. ICD - Kodierungen

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Hirnfarkt (I 63)	9.140	<b>70,8</b>	8.498	71,3
- Thrombose präzerebraler Arterien	805	<b>6,2</b>	844	7,1
- Embolie präzerebraler Arterien	390	<b>3,0</b>	378	3,2
- nicht näher bez. Verschuß oder Stenose präzerebraler Arterien	312	<b>2,4</b>	349	2,9
- Thrombose zerebraler Arterien	1.131	<b>8,8</b>	1.062	8,9
- Embolie zerebraler Arterien	2.957	<b>22,9</b>	2.794	23,4
- nicht näher bez. Verschuß oder Stenose zerebraler Arterien	1.643	<b>12,7</b>	1.440	12,1
- Thrombose der Hirnvenen	4	<b>0,0</b>	6	0,1
- Sonstiger Hirnfarkt	1.394	<b>10,8</b>	1.240	10,4
- Hirnfarkt nicht näher bez.	504	<b>3,9</b>	385	3,2
Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome (G 45)	2.940	<b>22,8</b>	2.773	23,2
- Rückbildung innerhalb 1h	670	<b>5,2</b>	685	5,7
- Rückbildung innerhalb 1 bis 24h	2.139	<b>16,6</b>	1.898	15,9
- Rückbildung n.n.bez.	131	<b>1,0</b>	190	1,6
Intrazerebrale Blutung (I 61)	802	<b>6,2</b>	625	5,2
Schlaganfall nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet (I 64)	12	<b>0,1</b>	7	0,1

**Basisstatistik » Aufnahme**

**1. Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme**

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Aufnahme (kumulativ) innerhalb:				
- 1 h nach Ereignis	1.017	<b>7,9</b>	770	6,5
- 2 h nach Ereignis	3.142	<b>24,3</b>	2.695	22,6
- 3 h nach Ereignis	4.278	<b>33,1</b>	3.709	31,1
- 4 h nach Ereignis	4.939	<b>38,3</b>	4.294	36,0
- 5 h nach Ereignis	5.413	<b>41,9</b>	4.782	40,1
- 6 h nach Ereignis	5.832	<b>45,2</b>	5.180	43,4
- 9 h nach Ereignis	6.649	<b>51,5</b>		
- 24 h nach Ereignis	8.946	<b>69,3</b>	8.190	68,7
- 48 h nach Ereignis	9.841	<b>76,2</b>	9.019	75,6
über 48 h nach Ereignis	1.653	<b>12,8</b>	1.419	11,9
Inhouse-Stroke	71	<b>0,6</b>	75	0,6
Wake-up Stroke	523	<b>4,1</b>		
keine Angabe möglich	820	<b>6,4</b>	1.038	8,7

**2. Versorgungssituation vor Akutereignis**

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Unabhängig zu Hause	10.383	<b>80,4</b>	9.633	80,8
Pflege zu Hause	1.393	<b>10,8</b>	1.287	10,8
Pflege in Institution	1.132	<b>8,8</b>	1.007	8,4

## Basisstatistik » Erstuntersuchung / Symptome

### 1. Klinische Symptomatik bei Aufnahme

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Motorische Ausfälle Extremitäten				
- ja	6.601	<b>51,1</b>	6.250	52,4
- nicht bestimmbar	128	<b>1,0</b>	71	0,6
Sprachstörung				
- ja	3.179	<b>24,6</b>	2.832	23,7
- nicht bestimmbar	323	<b>2,5</b>	241	2,0
Sprechstörung				
- ja	4.774	<b>37,0</b>	4.155	34,8
- nicht bestimmbar	414	<b>3,2</b>	331	2,8
Schluckstörung				
- ja	1.807	<b>14,0</b>	1.950	16,3
- nicht bestimmbar	523	<b>4,1</b>	468	3,9

### 2. Bewusstseinslage

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Wach	12.086	<b>93,6</b>	11.170	93,7
Somnolent / Soporös	624	<b>4,8</b>	623	5,2
Komatös	198	<b>1,5</b>	134	1,1

### 3. Rankin Skala bis 24 Stunden nach Aufnahme

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Keine Symptome	1.792	<b>13,9</b>	1.746	14,6
Keine wesentliche Funktions- einschränkung	2.012	<b>15,6</b>	1.850	15,5
Geringgradige Funktions- einschränkung	2.383	<b>18,5</b>	2.127	17,8
Mäßiggradige Funktions- einschränkung	2.457	<b>19,0</b>	2.331	19,5
Mittelschwere Funktions- einschränkung	2.506	<b>19,4</b>	2.318	19,4
Schwere Funktionseinschränkung	1.758	<b>13,6</b>	1.555	13,0

Basisstatistik » Diagnostik

1. Bildgebung

ohne Inhouse Ereignisse

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Bildgebung:				
- keine Bildgebung erfolgt	7	0,1	10	0,1
- erste Bildgebung vor Aufnahme	1.414	11,0	1.273	10,7
- erste Bildgebung im eigenen Haus	11.416	88,9	10.569	89,2
• innerhalb 30 Minuten	4.857	42,5	4.373	41,4
• innerhalb 60 Minuten	6.671	58,4	6.137	58,1
• innerhalb 3 Stunden	9.518	83,4	8.710	82,4
• innerhalb 6 Stunden	10.693	93,7	9.746	92,2
• nach mehr als 6 Stunden	466	4,1	513	4,9
• Mittelwert		3974,1		-3705,8
• Median		37,0		38,0
• Fehlkodierung der Zeitangaben	299	2,6	341	3,2

2. NIH Stroke Skala bei Aufnahme

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Bildgebung durchgeführt	12.901	99,9	11.917	99,9
NIH-Stroke Skala:				
0 - 4 Punkte	8.275	64,1	7.797	65,4
5 - 15 Punkte	3.476	26,9	3.078	25,8
16 - 25 Punkte	952	7,4	901	7,6
26 - 42 Punkte	198	1,5	141	1,2
0 - 25 Punkte	12.703	98,5	11.776	98,8
Mittelwert		5,2		4,9
Median		3,0		3,0

Basisstatistik » Diagnostik

3. CT-, MR- bzw. DS-Angiographie

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Bildgebung durchgeführt	12.901	<b>99,9</b>	11.917	99,9
Angiographie:				
- vor Aufnahme	791	<b>6,1</b>	789	6,6
- direkt im Anschluss an native Bildgebung	9.943	<b>77,1</b>	8.660	72,7
- nicht direkt im Anschluss aber spät. am Folgetag nach Aufnahme	741	<b>5,7</b>	934	7,8
- nicht direkt im Anschluss und später als am Folgetag der Aufnahme	361	<b>2,8</b>	358	3,0
- nicht durchgeführt	1.065	<b>8,3</b>	1.176	9,9

4. Doppler / Duplex

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
vor Aufnahme	84	<b>0,7</b>	108	0,9
im eigenen Haus durchgeführt:	10.408	<b>80,6</b>	9.755	81,8
- spätestens am Folgetag nach Aufn.	7.976	<b>61,8</b>		
- später als am Folgetag nach Aufn.	2.432	<b>18,8</b>		
nicht durchgeführt	2.416	<b>18,7</b>	2.064	17,3

5. Gefäßverschluss

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Angiographie oder Doppler/Duplex Diagnostik vor Aufnahme oder im eigenen Haus innerhalb 24h	11.957	<b>100,0</b>	11.023	100,0
Gefäßverschluss	2.109	<b>17,6</b>	1.955	17,7
- Carotis-T	254	<b>11,8</b>	282	14,1
- M1	674	<b>31,2</b>	593	29,7
- M2	490	<b>22,7</b>	418	20,9
- BA	76	<b>3,5</b>	78	3,9
- Sonstige	864	<b>40,0</b>	811	40,6



## Basisstatistik » Thrombolyse / Rekanalisation

### 1. Thrombolyse / mechanische Rekanalisation

bei Patienten mit Hirninfarkt

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Thrombolyse / IAT im eigenen Haus	2.142	23,4	1.906	22,4
- nur systemische Thrombolyse	1.135	12,4	995	11,7
- nur Intraarterielle Therapie	669	7,3	624	7,3
- Thrombolyse und IAT	338	3,7	287	3,4

### 2. Systemische Thrombolyse

bei Patienten mit Hirninfarkt

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
vor Aufnahme	336	3,7	312	3,7
im eigenen Haus	1.473	16,1	1.282	15,1
• Zeitintervall Aufnahme und Beginn der Lyse (kumulativ), ohne Inhouse-Stroke	1.445	15,8	1.261	14,8
- innerhalb 30 Minuten	639	44,2	532	42,2
- innerhalb 60 Minuten	1.206	83,5	1.048	83,1
- innerhalb 120 Minuten	1.369	94,7	1.207	95,7
- innerhalb 180 Minuten	1.407	97,4	1.227	97,3
- innerhalb 240 Minuten	1.414	97,9	1.232	97,7
- nach 4 - 6 Stunden	4	0,3	2	0,2
- nach mehr als 6 Stunden	23	1,6	13	1,0
- Mittelwert in Minuten		67,8		-1202,4
- Median in Minuten		33,0		34,0
• Zeitintervall Ereigniszeitpunkt und Beginn der Lyse (kumulativ) bei Inhouse-Stroke	28	0,3	21	0,2
- innerhalb 30 Minuten	10	35,7	8	38,1
- innerhalb 60 Minuten	23	82,1	18	85,7
- innerhalb 120 Minuten	26	92,9	21	100,0
- innerhalb 180 Minuten	28	100,0	21	100,0
- innerhalb 240 Minuten	28	100,0	21	100,0
- nach 4 - 6 Stunden	0	0,0	0	0,0
- nach mehr als 6 Stunden	0	0,0	0	0,0
- Mittelwert in Minuten		48,6		40,9
- Median in Minuten		41,0		37,0
Verlegung zur Thrombolyse	1	0,0	0	0,0

**Basisstatistik » Thrombolyse / Rekanalisation**

**3. Intraarterielle Therapie (IAT)**

bei Patienten mit Hirninfarkt

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
vor Aufnahme	22	<b>0,2</b>	31	0,4
IAT im eigenen Haus	1.007	<b>11,0</b>	911	10,7
Zeitintervall Aufnahme und Punktion der Leiste (kumulativ)				
ohne Inhouse-Stroke				
- innerhalb 030 Minuten	69	<b>6,9</b>	57	6,4
- innerhalb 060 Minuten	269	<b>27,0</b>	264	29,6
- innerhalb 120 Minuten	795	<b>79,7</b>	709	79,4
- innerhalb 180 Minuten	902	<b>90,4</b>	813	91,0
- innerhalb 240 Minuten	931	<b>93,3</b>	841	94,2
- nach 4 - 6 Stunden	17	<b>1,7</b>	13	1,5
- nach mehr als 6 Stunden	50	<b>5,0</b>	39	4,4
- Mittelwert in Minuten		<b>184,6</b>		216,9
- Median in Minuten		<b>81,0</b>		80,0
Zeitintervall Aufnahme und Punktion der Leiste (kumulativ)				
bei Inhouse-Stroke				
- innerhalb 030 Minuten	0	<b>0,0</b>	0	0,0
- innerhalb 060 Minuten	2	<b>22,2</b>	2	11,1
- innerhalb 120 Minuten	6	<b>66,7</b>	8	44,4
- innerhalb 180 Minuten	8	<b>88,9</b>	12	66,7
- innerhalb 240 Minuten	8	<b>88,9</b>	13	72,2
- nach 4 - 6 Stunden	1	<b>11,1</b>	3	16,7
- nach mehr als 6 Stunden	0	<b>0,0</b>	1	5,6
- Mittelwert in Minuten		<b>114,1</b>		271,9
- Median in Minuten		<b>90,0</b>		127,5
Erfolgreiche Rekanalisation	878	<b>87,2</b>	787	86,4
Verlegung zur IAT	19	<b>0,2</b>	42	0,5

## Basisstatistik » Thrombolyse / Rekanalisation

### 4. Thrombolyse / Rekanalisation nach Zeitintervall Ereignis - Aufnahme

Pat. mit Hirninfarkt

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme <= 1 Stunde	668	7,3	498	5,9
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	412	61,7	295	59,2
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 1 bis 2 Stunden	1.329	14,5	1.210	14,2
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	672	50,6	614	50,7
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 2 bis 3 Stunden	693	7,6	624	7,3
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	308	44,4	287	46,0
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 3 bis 3.5 Stunden	401	4,4	369	4,3
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	155	38,7	144	39,0
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 3.5 bis 4 Stunden	326	3,6	313	3,7
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	71	21,8	54	17,3
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 4 bis 6 Stunden	282	3,1	270	3,2
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	44	15,6	41	15,2
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 6 bis 9 Stunden	595	6,5		
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	63	10,6		
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 9 bis 24 Stunden	1.781	19,5		
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	155	8,7		
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 24 bis 48 Stunden	700	7,7	666	7,8
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	14	2,0	9	1,4

**Basisstatistik » Verlegung innerhalb 12 Stunden**

**1. Verlegung**

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Verlegung extern innerhalb von 12 h nach Primärdiagnostik/-therapie	80	<b>0,6</b>	95	0,8
- mit späterer Rückübernahme	41	<b>0,3</b>		
- ohne spätere Rückübernahme	39	<b>0,3</b>		
erste Bildgebung im eigenen Haus	69	<b>86,3</b>	82	86,3
Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung:				
• unter 30 Min	0	<b>0,0</b>	0	0,0
• 30 - < 60 Minuten	4	<b>5,8</b>	9	11,0
• 60 - < 75 Minuten	4	<b>5,8</b>	5	6,1
• 75 - < 120 Minuten	4	<b>5,8</b>	6	7,3
• 120 Minuten und länger	1	<b>1,4</b>	4	4,9
keine Verlegung / nach 12h verlegt	12.828	<b>99,4</b>	11.832	99,2

## Basisstatistik » Behinderung bei Aufnahme

Bezug: nicht verlegte Patienten

### 1. Barthel Index bei Aufnahme

bei PatientInnen, die nicht verlegt wurden oder zurückverlegte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Blasenkontrolle				
- kontinent	9.427	<b>73,3</b>	8.664	73,0
- gelegentlicher Verlust	1.014	<b>7,9</b>	1.138	9,6
- inkontinent	2.428	<b>18,9</b>	2.071	17,4
Lagewechsel Bett-Stuhl				
- vollständig selbständig	6.670	<b>51,8</b>	6.188	52,1
- geringe Unterstützung	2.057	<b>16,0</b>	2.013	17,0
- große Unterstützung	1.924	<b>15,0</b>	1.791	15,1
- vollständig abhängig	2.218	<b>17,2</b>	1.881	15,8
Fortbewegung				
- vollständig selbständig	5.389	<b>41,9</b>	5.078	42,8
- geringe Unterstützung	2.525	<b>19,6</b>	2.419	20,4
- große Unterstützung	1.916	<b>14,9</b>	1.754	14,8
- vollständig abhängig	3.039	<b>23,6</b>	2.622	22,1
Mittelwert (Barthel Score)		<b>67,1</b>		68,1

## Basisstatistik » Weitere Diagnostik

Bezug: nicht verletzte Patienten

### 1. Schlucktestung nach Ereignis

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Schlucktest nach Protokoll:				
- nein	721	5,6	834	7,0
- ja	11.919	92,6	10.900	91,8
- nicht durchführbar	0	0,0	0	0,0

### 2. Ipsilaterale ACI-Stenose (NASCET)

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
nein	11.442	88,9	10.415	87,7
< 50%	279	2,2	244	2,1
50% - 69%	222	1,7	177	1,5
70% - 99%	386	3,0	424	3,6
Verschuß (100%)	264	2,1	299	2,5
nicht untersucht	276	2,1	314	2,6

### 3. Langzeit-EKG / -Monitoring über mind. 24 Stunden

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
ja	11.743	91,3	10.614	89,4
nein	1.126	8,7	1.259	10,6

## Basisstatistik » Risikofaktoren

Bezug: nicht verletzte Patienten

### 1. Komorbidität

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Diabetes mellitus	3.606	<b>28,0</b>	3.408	28,7
Vorhofflimmern	3.440	<b>26,7</b>	3.163	26,6
- vorbekannt	2.602	<b>20,2</b>	2.400	20,2
- neu diagnostiziert	838	<b>6,5</b>	763	6,4
Früherer Schlaganfall	3.286	<b>25,5</b>	3.353	28,2
Hypertonie	10.249	<b>79,6</b>	9.491	79,9

## Basisstatistik » Therapiemaßnahmen / Frühe Sekundärprävention

Bezug: nicht verletzte Patienten

### 1. Therapiemaßnahmen / Frühe Sekundärprävention

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Antikoagulation (inkl. Empfehlung im Entlassungsbrief)	3.577	<b>27,8</b>	3.222	27,1
- Vit. K-Antagonisten	250	<b>1,9</b>	243	2,0
- NOAK(neue orale Antikoagulantien)	3.327	<b>25,9</b>	2.979	25,1

### 2. Beatmung

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
ja	707	<b>5,5</b>	594	5,0

### 3. Operative Revaskularisierung der ACI

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Ipsilaterale ACI-Stenose (NASCET) 50%-99%	608	<b>4,7</b>	601	5,1
operativ Revaskularisation veranlasst:				
- ja	395	<b>65,0</b>	406	67,6
- Nein	213	<b>35,0</b>	195	32,4
Ipsilaterale ACI-Stenose (NASCET) 70%-99%	386	<b>3,0</b>	424	3,6
operativ Revaskularisation veranlasst:				
- ja	300	<b>77,7</b>	335	79,0
- Nein	86	<b>22,3</b>	89	21,0



## Basisstatistik » Therapie

Bezug: nicht verletzte Patienten

### 1. Physiotherapie

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
- bis 2 Tage nach Aufnahme	11.410	<b>88,7</b>	10.645	89,7
- ab Tag 3 nach Aufnahme	204	<b>1,6</b>	190	1,6
- Keine Physiotherapie	1.255	<b>9,8</b>	1.038	8,7

### 2. Logopädie

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
- bis 2 Tage nach Aufnahme	10.331	<b>80,3</b>	9.595	80,8
- ab Tag 3 nach Aufnahme	174	<b>1,4</b>	198	1,7
- Keine Logopädie	2.364	<b>18,4</b>	2.080	17,5

## Basisstatistik » Komplikationen

Bezug: nicht verletzte Patienten

### 1. Komplikationen

bei PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	12.869	<b>100,0</b>	11.873	100,0
- Keine Komplikationen	10.407	<b>80,9</b>	9.498	80,0
- Pneumonie	712	<b>5,5</b>	648	5,5
- Erhöhter Hirndruck	130	<b>1,0</b>	94	0,8
- Intrazerebrale Blutung	105	<b>0,8</b>	80	0,7
- Sonstige Komplikationen	1.847	<b>14,4</b>	1.877	15,8
Patienten mit TIA	2.935	<b>100,0</b>	2.763	100,0
- Keine Komplikationen	2.764	<b>94,2</b>	2.579	93,3
- Pneumonie	11	<b>0,4</b>	8	0,3
- Erhöhter Hirndruck	0	<b>0,0</b>	2	0,1
- Intrazerebrale Blutung	1	<b>0,0</b>	0	0,0
- Sonstige Komplikationen	160	<b>5,5</b>	176	6,4
Patienten mit Hirninfarkt	9.113	<b>100,0</b>	8.461	100,0
- Keine Komplikationen	7.164	<b>78,6</b>	6.544	77,3
- Pneumonie	562	<b>6,2</b>	558	6,6
- Erhöhter Hirndruck	77	<b>0,8</b>	65	0,8
- Intrazerebrale Blutung	73	<b>0,8</b>	54	0,6
- Sonstige Komplikationen	1.485	<b>16,3</b>	1.507	17,8
Patienten mit intrazerebraler Blutung	795	<b>100,0</b>	618	100,0
- Keine Komplikationen	457	<b>57,5</b>	352	57,0
- Pneumonie	139	<b>17,5</b>	82	13,3
- Erhöhter Hirndruck	53	<b>6,7</b>	27	4,4
- Intrazerebrale Blutung	31	<b>3,9</b>	26	4,2
- Sonstige Komplikationen	198	<b>24,9</b>	186	30,1

## Basisstatistik » Behinderung bei Entlassung

Bezug: nicht verlegte Patienten

### 1. Rankin Skala bei Entlassung

bei PatientInnen, die nicht verlegt wurden oder zurückverlegte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
- Keine Symptome	3.576	<b>27,8</b>	3.365	28,3
- Keine wesentliche Funktions- einschränkung	2.363	<b>18,4</b>	2.222	18,7
- Geringgradige Funktions- einschränkung	2.214	<b>17,2</b>	1.952	16,4
- Mäßiggradige Funktions- einschränkung	1.690	<b>13,1</b>	1.594	13,4
- Mittelschwere Funktions- einschränkung	1.477	<b>11,5</b>	1.366	11,5
- Schwere Funktionseinschränkung	750	<b>5,8</b>	689	5,8
- Tod	799	<b>6,2</b>	685	5,8

### 2. Barthel Index bei Entlassung

bei PatientInnen, die nicht verlegt wurden oder zurückverlegte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Lebend entlassene Patienten	12.069	<b>93,8</b>	11.188	94,2
Blasenkontrolle				
- kontinent	9.560	<b>79,2</b>	8.876	79,3
- gelegentlicher Verlust	918	<b>7,6</b>	1.040	9,3
- inkontinent	1.591	<b>13,2</b>	1.272	11,4
Transfer Bett - Stuhl				
- vollständig selbständig	8.066	<b>66,8</b>	7.463	66,7
- geringe Unterstützung	1.600	<b>13,3</b>	1.671	14,9
- große Unterstützung	1.399	<b>11,6</b>	1.238	11,1
- vollständig abhängig	1.004	<b>8,3</b>	816	7,3
Fortbewegung				
- vollständig selbständig	6.940	<b>57,5</b>	6.482	57,9
- geringe Unterstützung	2.181	<b>18,1</b>	2.167	19,4
- große Unterstützung	1.352	<b>11,2</b>	1.228	11,0
- vollständig abhängig	1.596	<b>13,2</b>	1.311	11,7
Mittelwert (Barthel Score)		<b>78,1</b>		79,1

## Basisstatistik » Behinderung bei Entlassung

Bezug: nicht verlegte Patienten

### 3. Barthel Summenscore

bei PatientInnen, die nicht verlegt wurden oder zurückverlegte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	12.869	<b>100,0</b>	11.873	100,0
Mittlerer Barthel Score Aufnahme		<b>67,1</b>		68,1
Lebend entlassene Patienten	12.069	<b>93,8</b>	11.188	94,2
Mittlerer Barthel Score Aufnahme		<b>70,8</b>		71,5
Mittlerer Barthel Score Entlass.		<b>78,1</b>		79,1
Mittelwert Differenz Aufn./Entl.		<b>7,3</b>		7,6
- bei TIA		<b>3,4</b>		3,2
- bei Hirninfarkt		<b>8,6</b>		9,1
- bei intrazerebraler Blutung		<b>8,8</b>		9,2

## Basisstatistik » Sekundärprophylaxe

Bezug: nicht verletzte Patienten

### 1. Sekundärprophylaxe

bei nicht verstorbenen PatientInnen, die nicht verletzt wurden oder zurückverletzte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Statine				
- nein	1.276	<b>10,6</b>	1.276	11,4
- ja	10.793	<b>89,4</b>	9.912	88,6

## Basisstatistik » Entlassung

### 1. Rehabilitation

bei nicht verstorbenen PatientInnen, die nicht verlegt wurden oder zurückverlegte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Nicht verstorbene Patienten	12.069	<b>100,0</b>	11.188	100,0
- ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst	5.843	<b>48,4</b>	5.811	51,9

### 2. Festlegung einer palliativen Therapiezielsetzung

bei nicht verstorbenen PatientInnen, die nicht verlegt wurden oder zurückverlegte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
ja	65	<b>0,5</b>	54	0,5
nein	12.004	<b>99,5</b>	11.134	99,5

### 3. Aufenthalt Stroke Unit

bei nicht verstorbenen PatientInnen, die nicht verlegt wurden oder zurückverlegte PatientInnen, bei denen innerhalb von 12 Stunden eine Verlegung (extern) erfolgte

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
ja	11.454	<b>94,9</b>	10.464	93,5
nein	615	<b>5,1</b>	724	6,5

Basisstatistik » Entlassung

4. Entlassung / Verlegung

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	12.908	<b>100,0</b>	11.927	100,0
- nach Hause	8.976	<b>69,5</b>	8.439	70,8
- anderes (Akut-) Krankenhaus	1.799	<b>13,9</b>	1.594	13,4
- Rehabilitationseinrichtung	1.763	<b>13,7</b>	1.572	13,2
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	282	<b>2,2</b>	210	1,8
- Patient verstorben	800	<b>6,2</b>	685	5,7
• ohne Patientverfügung	144	<b>18,0</b>	158	23,1
Patienten mit TIA	2.940	<b>100,0</b>	2.773	100,0
- nach Hause	2.752	<b>93,6</b>	2.608	94,0
- anderes (Akut-) Krankenhaus	106	<b>3,6</b>	85	3,1
- Rehabilitationseinrichtung	102	<b>3,5</b>	85	3,1
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	43	<b>1,5</b>	41	1,5
- Patient verstorben	7	<b>0,2</b>	7	0,3
Patienten mit Hirninfarkt	9.140	<b>100,0</b>	8.498	100,0
- nach Hause	5.942	<b>65,0</b>	5.594	65,8
- anderes (Akut-) Krankenhaus	1.467	<b>16,1</b>	1.347	15,9
- Rehabilitationseinrichtung	1.438	<b>15,7</b>	1.329	15,6
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	222	<b>2,4</b>	156	1,8
- Patient verstorben	581	<b>6,4</b>	537	6,3
Patienten mit intrazerebraler Blutung	802	<b>100,0</b>	625	100,0
- nach Hause	263	<b>32,8</b>	217	34,7
- anderes (Akut-) Krankenhaus	222	<b>27,7</b>	158	25,3
- Rehabilitationseinrichtung	219	<b>27,3</b>	154	24,6
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	17	<b>2,1</b>	13	2,1
- Patient verstorben	212	<b>26,4</b>	138	22,1

Basisstatistik » Entlassung

5. Verweildauer

	EJ2023		EJ2022	
	n	%	n	%
Patienten gesamt				
- Mittelwert (Tage)		7,7		7,9
- Median (Tage)		5,0		5,0
Patienten mit TIA				
- Mittelwert (Tage)		4,2		4,2
- Median (Tage)		3,0		3,0
Patienten mit Hirninfarkt				
- Mittelwert (Tage)		8,5		8,9
- Median (Tage)		6,0		6,0
Patienten mit Intrazerebr. Blutung				
- Mittelwert (Tage)		11,8		11,4
- Median (Tage)		8,0		8,0
Patienten mit Entlassung / Verlegung / Tod am Aufnahmetag	104	0,8	95	0,8