



Ärztekammer Berlin

## **Berliner Schlaganfallregister**

**Auswertung 2021**

**Inhalt »**

---

**Inhaltsverzeichnis**

**1 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

**2 Qualitätsindikatoren**

- 1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

**3 Qualitätsindikatoren**

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

**4 Einzelfälle für klinikinterne Analysen**

- 1 Auflistung Vorgangsnummern
  - 1 Dokumentation: Unspezifische Diagnose I64 kodiert
  - 2 Dokumentation: Keine Bildgebung

**5 Detailstatistik**

- 0 Grafiken und Kreuztabellen

## Inhalt »

### Allgemeine Hinweise

Diese Auswertung wurde von der Geschäftsstelle der BAQ für die verschiedenen Module der Qualitätssicherungsprojekte entwickelt.

**Basisstatistik:** Grundlegende Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken und im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres. Da die Ergebnisse des Vorjahres auf den Rechenregeln des aktuellen Auswertungsjahres basieren, können Veränderungen in den Erhebungsbögen und daraus resultierende Anpassungen der Rechenregeln zu geringgradig differierenden Vorjahreswerten führen. In einzelnen Modulen werden zusätzlich die Ergebnisse spezifischer Vergleichskollektive ausgewiesen.

**Qualitätsindikatoren-Übersicht:** Tabellarische Übersicht zu den Ergebnissen sämtlicher Qualitätsindikatoren.

**Qualitätsindikatoren-Einzeldarstellung:** Detaillierte Informationen und graphische Darstellungen zur Analyse der einzelnen Qualitätsindikatoren. Für eine klinikinterne Analyse sind die Vorgangsnummern eingeblendet. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfolgt ebenso wie die Festlegung der Referenzwerte nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln des Instituts nach § 137 SGB V. Die Rechenregeln können auf der Homepage des Instituts eingesehen werden. Zusätzliche landesspezifische Qualitätsindikatoren, die in Abstimmung mit der Fachkommission entwickelt wurden, sind gekennzeichnet.

**Einzelfallanalyse:** Vorgangsnummern zu Fällen, die für eine zusätzliche von den Qualitätsindikatoren unabhängige Einzelfallanalyse von Interesse sein können.

**Detailstatistik:** In ausgewählten Leistungsbereichen detailliertere Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt analog zu der Basisstatistik.

### Ansprechpartner:

Klaus Krigar  
Abteilung 2 - Fortbildung / Qualitätssicherung  
Tel.: 030 - 40806-1400  
qualitaetssicherung@aekb.de  
Ärzt  
kammer  
Berlin  
Friedrichstr. 16  
10969 Berlin  
Tel.: 030 40806-0  
kammer@aekb.de  
<https://www.aekb.de>

### Auswertungskonzept:

Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ),  
angegliedert an die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.  
Westenriederstr. 19  
80331 München

Tel.: 089 211590-14  
mail@baq-bayern.de  
[www.baq-bayern.de](http://www.baq-bayern.de)

## Basisstatistik » Grundgesamtheit

### 1. Patienten

	2021		2020	
	n	%	n	%
gesamt	12.638	100,0	12.477	100,0
STROKE-Bogen angelegt / Datensatz in Auswertung berücksichtigt	11.978	94,8	11.870	95,1
Minimaldatensatz dokumentiert (Nicht-Auslösung des Fallbogens)	660	5,2	607	4,9
- Ereignis älter als 7 Tage	368	55,8	381	62,8
- Entlassung/verlegung vor erster Bildgebung	4	0,6	0	0,0
- nur Frührehabilitation	14	2,1	0	0,0
- vor Aufnahme palliative Ziel- setzung festgelegt	17	2,6	0	0,0
- sonstiger Grund	257	38,9	226	37,2

### 2. Fallzahlen

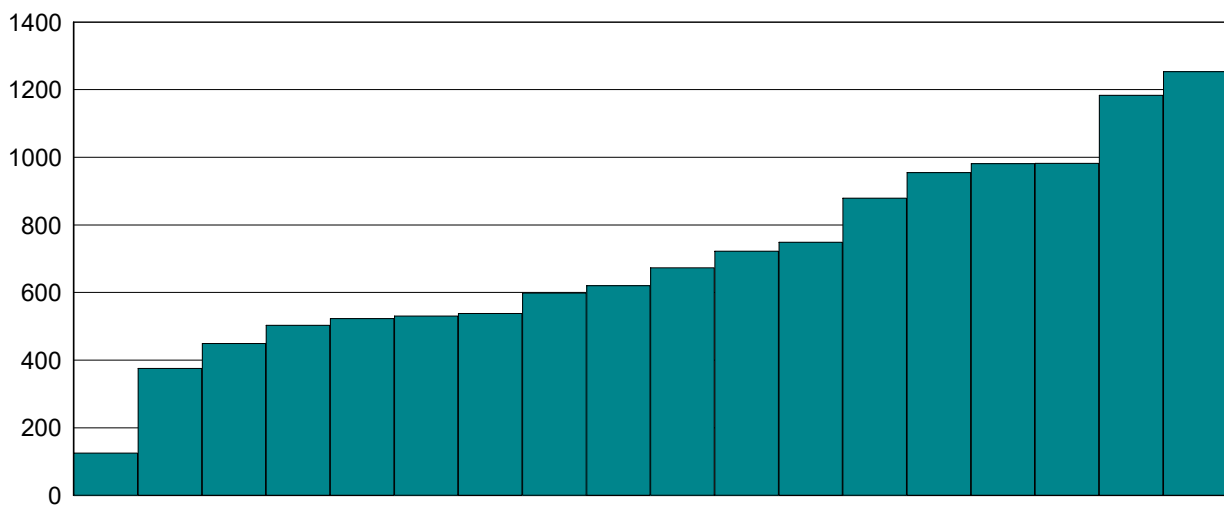
	2021		2020	
	n	%	n	%
gesamt	12.638	100,0	12.477	100,0
1. Quartal	2.893	22,9	3.259	26,1
2. Quartal	3.193	25,3	3.099	24,8
3. Quartal	3.272	25,9	3.133	25,1
4. Quartal	3.280	26,0	2.986	23,9
Überlieger (Aufnahme im Vorjahr und Entlassung im aktuellen Jahr)	169	1,3	241	1,9
STROKE-Bogen angelegt	11.978	94,8	11.870	95,1
1. Quartal	2.750	23,0	3.061	25,8
2. Quartal	3.034	25,3	2.980	25,1
3. Quartal	3.074	25,7	2.989	25,2
4. Quartal	3.120	26,0	2.840	23,9

Basisstatistik » Grundgesamtheit

3. Leistungszahlen

	2021		2020	
	n	%	n	%
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	18	100,0	18	100,0

Fälle pro Daten übermittelnde Klinik/Fachabteilung



Fälle gesamt	12.638	100,0	12.477	100,0
Innere Medizin	59	0,5	58	0,5
- Minimaldatensätze	38	64,4	27	46,6
Neurologie	12.013	95,1	11.902	95,4
- Minimaldatensätze	486	4,0	450	3,8

Basisstatistik » Patienten

1. Alter

	2021		2020	
	n	%	n	%
< 40 Jahre	239	<b>2,0</b>	238	2,0
40 - 49 Jahre	447	<b>3,7</b>	435	3,7
50 - 59 Jahre	1.287	<b>10,7</b>	1.306	11,0
60 - 69 Jahre	2.094	<b>17,5</b>	2.153	18,1
70 - 79 Jahre	3.201	<b>26,7</b>	3.329	28,0
80 - 89 Jahre	3.911	<b>32,7</b>	3.608	30,4
>= 90 Jahre	799	<b>6,7</b>	801	6,7
Mittelwert		<b>73,2</b>		72,9
Median		<b>76,0</b>		76,0

2. Geschlecht

	2021		2020	
	n	%	n	%
männlich	6.218	<b>51,9</b>	6.275	52,9
weiblich	5.758	<b>48,1</b>	5.578	47,0
divers	0	<b>0,0</b>	3	0,0
unbestimmt	2	<b>0,0</b>	14	0,1

Basisstatistik » Patienten

3. ICD - Kodierungen

	2021		2020	
	n	%	n	%
Hirnfarkt (I 63)	8.508	<b>71,0</b>	8.496	71,6
- Thrombose präzerebraler Arterien	796	<b>6,6</b>	900	7,6
- Embolie präzerebraler Arterien	384	<b>3,2</b>	273	2,3
- nicht näher bez. Verschuß oder Stenose präzerebraler Arterien	350	<b>2,9</b>	300	2,5
- Thrombose zerebraler Arterien	1.187	<b>9,9</b>	1.301	11,0
- Embolie zerebraler Arterien	2.820	<b>23,5</b>	2.734	23,0
- nicht näher bez. Verschuß oder Stenose zerebraler Arterien	1.419	<b>11,8</b>	1.356	11,4
- Thrombose der Hirnvenen	4	<b>0,0</b>	8	0,1
- Sonstiger Hirnfarkt	1.192	<b>10,0</b>	897	7,6
- Hirnfarkt nicht näher bez.	356	<b>3,0</b>	727	6,1
Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome (G 45)	2.723	<b>22,7</b>	2.695	22,7
- Rückbildung innerhalb 1h	686	<b>5,7</b>	750	6,3
- Rückbildung innerhalb 1 bis 24h	1.857	<b>15,5</b>	1.719	14,5
- Rückbildung n.n.bez.	180	<b>1,5</b>	226	1,9
Intrazerebrale Blutung (I 61)	715	<b>6,0</b>	625	5,3
Schlaganfall nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet (I 64)	11	<b>0,1</b>	38	0,3

## Basisstatistik » Aufnahme

### 1. Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme

	2021		2020	
	n	%	n	%
Aufnahme (kumulativ) innerhalb:				
- 1 h nach Ereignis	911	7,6	908	7,6
- 2 h nach Ereignis	2.802	23,4	2.796	23,6
- 3 h nach Ereignis	3.866	32,3	3.863	32,5
- 4 h nach Ereignis	4.467	37,3	4.464	37,6
- 5 h nach Ereignis	4.912	41,0	4.951	41,7
- 6 h nach Ereignis	5.356	44,7	5.367	45,2
- 24 h nach Ereignis	8.749	73,0	8.775	73,9
- 48 h nach Ereignis	9.707	81,0	9.664	81,4
über 48 h nach Ereignis	1.453	12,1	1.386	11,7
Inhouse-Stroke	69	0,6	78	0,7
Zeitintervall unbekannt	749	6,3	742	6,3

### 2. Versorgungssituation vor Akutereignis

	2021		2020	
	n	%	n	%
Unabhängig zu Hause	9.639	80,5	9.620	81,0
Pflege zu Hause	1.296	10,8	1.233	10,4
Pflege in Institution	1.043	8,7	1.017	8,6



Basisstatistik » Erstuntersuchung / Symptome

1. Klinische Symptomatik bei Aufnahme

	2021		2020	
	n	%	n	%
Motorische Ausfälle Extremitäten				
- ja	6.222	51,9	6.216	52,4
- nicht bestimmbar	100	0,8	83	0,7
Sprachstörung				
- ja	2.773	23,2	2.861	24,1
- nicht bestimmbar	295	2,5	238	2,0
Sprechstörung				
- ja	4.220	35,2	4.122	34,7
- nicht bestimmbar	405	3,4	369	3,1
Schluckstörung				
- ja	2.157	18,0	2.226	18,8
- nicht bestimmbar	563	4,7	403	3,4

2. Bewusstseinslage

	2021		2020	
	n	%	n	%
Wach	11.151	93,1	11.047	93,1
Somnolent / Soporös	660	5,5	638	5,4
Komatös	167	1,4	185	1,6

3. Rankin Skala bis 24 Stunden nach Aufnahme

	2021		2020	
	n	%	n	%
Keine Symptome	1.870	15,6	1.871	15,8
Keine wesentliche Funktions- einschränkung	1.626	13,6	1.671	14,1
Geringgradige Funktions- einschränkung	2.143	17,9	2.098	17,7
Mäßiggradige Funktions- einschränkung	2.379	19,9	2.350	19,8
Mittelschwere Funktions- einschränkung	2.249	18,8	2.146	18,1
Schwere Funktionseinschränkung	1.711	14,3	1.734	14,6

## Basisstatistik » Diagnostik

### 1. Bildgebung

ohne Inhouse Ereignisse

	2021		2020	
	n	%	n	%
Bildgebung:				
- keine Bildgebung erfolgt	14	0,1	10	0,1
- erste Bildgebung vor Aufnahme	1.435	12,0	1.340	11,4
- erste Bildgebung im eigenen Haus	10.460	87,8	10.442	88,6
• innerhalb 30 Minuten	4.099	39,2	3.803	36,4
• innerhalb 60 Minuten	5.975	57,1	5.886	56,4
• innerhalb 3 Stunden	8.865	84,8	8.894	85,2
• innerhalb 6 Stunden	9.949	95,1	9.886	94,7
• nach mehr als 6 Stunden	511	4,9	556	5,3
• Mittelwert		150,5		171,8
• Median		45,0		48,0
• Fehlkodierung der Zeitangaben	42	0,4	40	0,4

### 2. NIH Stroke Skala bei Aufnahme

	2021		2020	
	n	%	n	%
Bildgebung durchgeführt	11.964	99,9	11.860	99,9
NIH-Stroke Skala:				
0 - 4 Punkte	7.842	65,5	7.721	65,1
5 - 15 Punkte	3.037	25,4	3.042	25,6
16 - 25 Punkte	882	7,4	897	7,6
26 - 42 Punkte	203	1,7	200	1,7
0 - 25 Punkte	11.761	98,3	11.660	98,3
Mittelwert		5,1		5,1
Median		3,0		3,0

## Basisstatistik » Diagnostik

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Bildgebung durchgeführt	11.964	<b>99,9</b>	11.860	99,9
Angiographie:				
- vor Aufnahme	755	<b>6,3</b>	546	4,6
- direkt im Anschluss an native Bildgebung	8.181	<b>68,4</b>	7.341	61,9
- nicht direkt im Anschluss aber spät. am Folgetag nach Aufnahme	999	<b>8,4</b>	1.197	10,1
- nicht direkt im Anschluss und später als am Folgetag der Aufnahme	434	<b>3,6</b>	563	4,7
- nicht durchgeführt	1.595	<b>13,3</b>	2.213	18,7

### 4. Doppler / Duplex

	2021		2020	
	n	%	n	%
vor Aufnahme	57	<b>0,5</b>	60	0,5
im eigenen Haus durchgeführt:	9.474	<b>79,1</b>	9.359	78,8
- spätestens am Folgetag nach Aufn.	7.586	<b>63,3</b>		
- später als am Folgetag nach Aufn.	1.888	<b>15,8</b>		
nicht durchgeführt	2.447	<b>20,4</b>	2.451	20,6

### 5. Gefäßverschluss

	2021		2020	
	n	%	n	%
Angiographie oder Doppler/Duplex Diagnostik vor Aufnahme oder im eigenen Haus innerhalb 24h	11.063	<b>100,0</b>	10.728	100,0
Gefäßverschluss	1.914	<b>17,3</b>	1.715	16,0
- Carotis-T	240	<b>12,2</b>	208	11,6
- M1	587	<b>29,8</b>	605	33,9
- M2	439	<b>22,3</b>	328	18,4
- BA	87	<b>4,4</b>	68	3,8
- Sonstige	777	<b>39,4</b>	732	41,0

## Basisstatistik » Thrombolyse / Rekanalisation

### 1. Thrombolyse / mechanische Rekanalisation

bei Patienten mit Hirninfarkt

	2021		2020	
	n	%	n	%
Thrombolyse / IAT im eigenen Haus	1.807	21,2	1.729	20,4
- nur systemische Thrombolyse	981	11,5	946	11,1
- nur Intraarterielle Therapie	563	6,6	508	6,0
- Thrombolyse und IAT	263	3,1	275	3,2

### 2. Systemische Thrombolyse

bei Patienten mit Hirninfarkt

	2021		2020	
	n	%	n	%
vor Aufnahme	314	3,7	376	4,4
im eigenen Haus	1.244	14,6	1.221	14,4
Zeitintervall Aufnahme und Beginn der Lyse (kumulativ, ohne Inhouse-Stroke)				
- innerhalb 30 Minuten	496	40,6	480	40,2
- innerhalb 60 Minuten	1.037	84,9	997	83,4
- innerhalb 120 Minuten	1.187	97,2	1.154	96,6
- innerhalb 180 Minuten	1.201	98,4	1.174	98,2
- innerhalb 240 Minuten	1.204	98,6	1.182	98,9
- nach 4 - 6 Stunden	3	0,2	2	0,2
- nach mehr als 6 Stunden	14	1,1	11	0,9
- Mittelwert		62,2		70,9
- Median		34,0		34,0
Zeitintervall Ereigniszeitpunkt und Beginn der Lyse (kumulativ) bei Inhouse-Stroke				
- innerhalb 030 Minuten	8	34,8	9	34,6
- innerhalb 060 Minuten	18	78,3	14	53,8
- innerhalb 120 Minuten	21	91,3	20	76,9
- innerhalb 180 Minuten	23	100,0	20	76,9
- innerhalb 240 Minuten	23	100,0	25	96,2
- nach 4 - 6 Stunden	0	0,0	0	0,0
- nach mehr als 6 Stunden	0	0,0	1	3,8
- Mittelwert in Minuten		48,1		130,3
- Median in Minuten		38,0		55,0
Verlegung zur Thrombolyse	1	0,0	5	0,1

Basisstatistik » Thrombolyse / Rekanalisation

**3. Intraarterielle Therapie (IAT)**

bei Patienten mit Hirninfarkt

	2021		2020	
	n	%	n	%
vor Aufnahme	30	0,4	45	0,5
IAT im eigenen Haus	826	9,7	783	9,2
Zeitintervall Aufnahme und Punktion der Leiste (kumulativ) ohne Inhouse-Stroke				
- innerhalb 030 Minuten	60	7,3	62	8,0
- innerhalb 060 Minuten	255	31,2	239	30,9
- innerhalb 120 Minuten	660	80,8	612	79,1
- innerhalb 180 Minuten	746	91,3	708	91,5
- innerhalb 240 Minuten	765	93,6	726	93,8
- nach 4 - 6 Stunden	11	1,3	11	1,4
- nach mehr als 6 Stunden	41	5,0	37	4,8
- unplausible Zeitangaben	0	0,0	0	0,0
Zeitintervall Aufnahme und Punktion der Leiste (kumulativ) bei Inhouse-Stroke				
- innerhalb 030 Minuten	0	0,0	0	0,0
- innerhalb 060 Minuten	1	11,1	3	33,3
- innerhalb 120 Minuten	7	77,8	7	77,8
- innerhalb 180 Minuten	9	100,0	8	88,9
- innerhalb 240 Minuten	9	100,0	9	100,0
- nach 4 - 6 Stunden	0	0,0	0	0,0
- nach mehr als 6 Stunden	0	0,0	0	0,0
- unplausible Zeitangaben	0	0,0	0	0,0
Erfolgreiche Rekanalisation	719	87,0	676	86,3
Verlegung zur IAT	39	0,5	42	0,5

Basisstatistik » Thrombolyse / Rekanalisation

4. Thrombolyse / Rekanalisation nach Zeitintervall Ereignis - Aufnahme

Pat. mit Hirninfarkt

	2021		2020	
	n	%	n	%
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme <= 1 Stunde	581	<b>6,8</b>	587	6,9
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	342	<b>58,9</b>	328	55,9
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 1 bis 2 Stunden	1.183	<b>13,9</b>	1.228	14,5
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	541	<b>45,7</b>	561	45,7
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 2 bis 3 Stunden	669	<b>7,9</b>	663	7,8
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	296	<b>44,2</b>	264	39,8
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 3 bis 3.5 Stunden	397	<b>4,7</b>	395	4,6
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	139	<b>35,0</b>	131	33,2
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 3.5 bis 4 Stunden	292	<b>3,4</b>	309	3,6
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	56	<b>19,2</b>	62	20,1
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 4 bis 6 Stunden	295	<b>3,5</b>	272	3,2
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	45	<b>15,3</b>	30	11,0
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 6 bis 24 Stunden	2.548	<b>29,9</b>	2.560	30,1
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	245	<b>9,6</b>	229	8,9
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 24 bis 48 Stunden	749	<b>8,8</b>	719	8,5
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	16	<b>2,1</b>	19	2,6

Basisstatistik » Verlegung innerhalb 12 Stunden

1. Verlegung

	2021		2020	
	n	%	n	%
Verlegung extern innerhalb von 12 h nach Primärdiagnostik/-therapie	85	<b>0,7</b>	101	0,9
- mit späterer Rückübernahme	32	<b>0,3</b>		
- ohne spätere Rückübernahme	53	<b>0,4</b>		
erste Bildgebung im eigenen Haus	76	<b>89,4</b>	88	87,1
Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung:				
• unter 30 Min	2	<b>2,6</b>	3	3,4
• 30 - < 60 Minuten	12	<b>15,8</b>	28	31,8
• 60 - < 75 Minuten	4	<b>5,3</b>	0	0,0
• 75 - < 120 Minuten	8	<b>10,5</b>	28	31,8
• 120 Minuten und länger	2	<b>2,6</b>	29	33,0
keine Verlegung / nach 12h verlegt	11.893	<b>99,3</b>	11.769	99,1

## Basisstatistik » Behinderung bei Aufnahme

Bezug: nicht verletzte Patienten

### 1. Barthel Index bei Aufnahme

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
<b>Blasenkontrolle</b>				
- kontinent	8.372	<b>70,2</b>	8.219	69,7
- gelegentlicher Verlust	1.295	<b>10,9</b>	1.310	11,1
- inkontinent	2.258	<b>18,9</b>	2.263	19,2
<b>Lagewechsel Bett-Stuhl</b>				
- vollständig selbständig	6.152	<b>51,6</b>	6.222	52,8
- geringe Unterstützung	2.024	<b>17,0</b>	1.915	16,2
- große Unterstützung	1.738	<b>14,6</b>	1.687	14,3
- vollständig abhängig	2.011	<b>16,9</b>	1.968	16,7
<b>Fortbewegung</b>				
- vollständig selbständig	5.048	<b>42,3</b>	5.171	43,8
- geringe Unterstützung	2.390	<b>20,0</b>	2.214	18,8
- große Unterstützung	1.732	<b>14,5</b>	1.732	14,7
- vollständig abhängig	2.755	<b>23,1</b>	2.675	22,7
<b>Mittelwert (Barthel Score)</b>		<b>67,0</b>		67,4



## 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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Schlucktest nach Protokoll:				
- nein	901	7,6	838	7,1
- ja	10.850	91,0	10.747	91,1
- 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

	2021		2020	
	n	%	n	%
nein	10.327	86,6	10.182	86,3
< 50%	262	2,2	265	2,2
50% - 69%	222	1,9	157	1,3
70% - 99%	365	3,1	427	3,6
Verschluss (100%)	274	2,3	281	2,4
nicht untersucht	475	4,0	480	4,1

### 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

	2021		2020	
	n	%	n	%
ja	10.615	89,0	10.410	88,3
nein	1.310	11,0	1.382	11,7

## Basisstatistik » Risikofaktoren

Bezug: nicht verletzte Patienten

### 1. Komorbidität

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Diabetes mellitus	3.473	<b>29,1</b>	3.320	28,1
Vorhofflimmern	3.239	<b>27,2</b>	3.153	26,7
- vorbekannt	2.436	<b>20,4</b>	2.380	20,2
- neu diagnostiziert	803	<b>6,7</b>	773	6,6
Früherer Schlaganfall	3.362	<b>28,2</b>	3.313	28,1
Hypertonie	9.613	<b>80,6</b>	9.559	81,0

## 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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Antikoagulation (inkl. Empfehlung im Entlassungsbrief)	3.238	<b>27,2</b>	3.123	26,5
- Vit. K-Antagonisten	281	<b>2,4</b>	379	3,2
- NOAK(neue orale Antikoagulantien)	2.957	<b>24,8</b>	2.744	23,3

### 2. Beatmung

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
ja	571	<b>4,8</b>	447	3,8

### 3. Operative Revaskularisierung der ACI

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Ipsilaterale ACI-Stenose (NASCET) 50%-99%	587	<b>4,9</b>	584	5,0
operativ Revaskularisation veranlasst:				
- ja	356	<b>60,6</b>	371	63,5
- Nein	231	<b>39,4</b>	213	36,5
Ipsilaterale ACI-Stenose (NASCET) 70%-99%	365	<b>3,1</b>	427	3,6
operativ Revaskularisation veranlasst:				
- ja	277	<b>75,9</b>	307	71,9
- Nein	88	<b>24,1</b>	120	28,1

## Basisstatistik » Therapie

Bezug: nicht verlegte Patienten

### 1. Physiotherapie

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
- bis 2 Tage nach Aufnahme	10.405	87,3	10.140	86,0
- ab Tag 3 nach Aufnahme	279	2,3	337	2,9
- Keine Physiotherapie	1.241	10,4	1.315	11,1

### 2. Logopädie

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
- bis 2 Tage nach Aufnahme	9.230	77,4	8.904	75,5
- ab Tag 3 nach Aufnahme	274	2,3	320	2,7
- Keine Logopädie	2.421	20,3	2.568	21,8

## Basisstatistik » Komplikationen

Bezug: nicht verlegte Patienten

### 1. Komplikationen

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	11.925	<b>100,0</b>	11.794	100,0
- Keine Komplikationen	9.684	<b>81,2</b>	9.679	82,1
- Pneumonie	576	<b>4,8</b>	551	4,7
- Erhöhter Hirndruck	105	<b>0,9</b>	120	1,0
- Intrazerebrale Blutung	104	<b>0,9</b>	80	0,7
- Sonstige Komplikationen	1.752	<b>14,7</b>	1.679	14,2
Patienten mit TIA	2.718	<b>100,0</b>	2.680	100,0
- Keine Komplikationen	2.556	<b>94,0</b>	2.535	94,6
- Pneumonie	14	<b>0,5</b>	9	0,3
- Erhöhter Hirndruck	0	<b>0,0</b>	1	0,0
- Intrazerebrale Blutung	0	<b>0,0</b>	0	0,0
- Sonstige Komplikationen	149	<b>5,5</b>	138	5,1
Patienten mit Hirninfarkt	8.476	<b>100,0</b>	8.450	100,0
- Keine Komplikationen	6.711	<b>79,2</b>	6.743	79,8
- Pneumonie	459	<b>5,4</b>	456	5,4
- Erhöhter Hirndruck	60	<b>0,7</b>	71	0,8
- Intrazerebrale Blutung	72	<b>0,8</b>	56	0,7
- Sonstige Komplikationen	1.403	<b>16,6</b>	1.357	16,1
Patienten mit intrazerebraler Blutung	699	<b>100,0</b>	616	100,0
- Keine Komplikationen	392	<b>56,1</b>	362	58,8
- Pneumonie	100	<b>14,3</b>	84	13,6
- Erhöhter Hirndruck	45	<b>6,4</b>	48	7,8
- Intrazerebrale Blutung	32	<b>4,6</b>	24	3,9
- Sonstige Komplikationen	195	<b>27,9</b>	178	28,9

## 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

	2021		2020	
	n	%	n	%
- Keine Symptome	3.321	<b>27,8</b>	3.225	27,3
- Keine wesentliche Funktionseinschränkung	2.105	<b>17,7</b>	2.112	17,9
- Geringgradige Funktionseinschränkung	1.956	<b>16,4</b>	1.912	16,2
- Mäßiggradige Funktionseinschränkung	1.645	<b>13,8</b>	1.633	13,8
- Mittelschwere Funktionseinschränkung	1.463	<b>12,3</b>	1.408	11,9
- Schwere Funktionseinschränkung	788	<b>6,6</b>	834	7,1
- Tod	647	<b>5,4</b>	668	5,7

### 2. Barthel Index bei Entlassung

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Lebend entlassene Patienten	11.278	<b>94,6</b>	11.126	94,3
Blasenkontrolle				
- kontinent	8.651	<b>76,7</b>	8.584	77,2
- gelegentlicher Verlust	1.133	<b>10,0</b>	1.107	9,9
- inkontinent	1.494	<b>13,2</b>	1.433	12,9
Transfer Bett - Stuhl				
- vollständig selbständig	7.461	<b>66,2</b>	7.480	67,2
- geringe Unterstützung	1.578	<b>14,0</b>	1.568	14,1
- große Unterstützung	1.256	<b>11,1</b>	1.137	10,2
- vollständig abhängig	983	<b>8,7</b>	939	8,4
Fortbewegung				
- vollständig selbständig	6.496	<b>57,6</b>	6.501	58,4
- geringe Unterstützung	2.006	<b>17,8</b>	1.951	17,5
- große Unterstützung	1.301	<b>11,5</b>	1.267	11,4
- vollständig abhängig	1.475	<b>13,1</b>	1.405	12,6
Mittelwert (Barthel Score)		<b>77,6</b>		78,3

## Basisstatistik » Behinderung bei Entlassung

Bezug: nicht verletzte Patienten

### 3. Barthel Summenscore

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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	11.925	100,0	11.794	100,0
Mittlerer Barthel Score Aufnahme		67,0		67,4
Lebend entlassene Patienten	11.278	94,6	11.126	94,3
Mittlerer Barthel Score Aufnahme		70,2		70,8
Mittlerer Barthel Score Entlass.		77,6		78,3
Mittelwert Differenz Aufn./Entl.		7,4		7,5
- bei TIA		3,1		3,0
- bei Hirninfarkt		8,8		9,0
- bei intrazerebraler Blutung		7,1		9,3

## 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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Statine				
- nein	1.464	<b>13,0</b>	1.578	14,2
- ja	9.814	<b>87,0</b>	9.546	85,8



## 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

	2021		2020	
	n	%	n	%
Nicht verstorbene Patienten	11.278	100,0	11.126	100,0
- ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst	5.591	49,6	5.166	46,4

### 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

	2021		2020	
	n	%	n	%
ja	75	0,7	74	0,7
nein	11.203	99,3	11.050	99,3

### 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

	2021		2020	
	n	%	n	%
ja	10.539	93,4	10.302	92,6
nein	739	6,6	822	7,4

Basisstatistik » Entlassung

4. Entlassung / Verlegung

	2021		2020	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	11.978	<b>100,0</b>	11.870	100,0
- nach Hause	8.175	<b>68,3</b>	8.058	67,9
- anderes (Akut-) Krankenhaus	1.790	<b>14,9</b>	1.791	15,1
- Rehabilitationseinrichtung	1.755	<b>14,7</b>	1.756	14,8
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	202	<b>1,7</b>	210	1,8
- Patient verstorben	647	<b>5,4</b>	669	5,6
• ohne Patientverfügung	155	<b>24,0</b>	163	24,4
Patienten mit TIA	2.723	<b>100,0</b>	2.695	100,0
- nach Hause	2.547	<b>93,5</b>	2.517	93,4
- anderes (Akut-) Krankenhaus	120	<b>4,4</b>	99	3,7
- Rehabilitationseinrichtung	115	<b>4,2</b>	97	3,6
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	27	<b>1,0</b>	37	1,4
- Patient verstorben	3	<b>0,1</b>	9	0,3
Patienten mit Hirninfarkt	8.508	<b>100,0</b>	8.496	100,0
- nach Hause	5.374	<b>63,2</b>	5.341	62,9
- anderes (Akut-) Krankenhaus	1.479	<b>17,4</b>	1.513	17,8
- Rehabilitationseinrichtung	1.454	<b>17,1</b>	1.485	17,5
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	166	<b>2,0</b>	158	1,9
- Patient verstorben	487	<b>5,7</b>	488	5,7
Patienten mit intrazerebraler Blutung	715	<b>100,0</b>	625	100,0
- nach Hause	229	<b>32,0</b>	171	27,4
- anderes (Akut-) Krankenhaus	187	<b>26,2</b>	163	26,1
- Rehabilitationseinrichtung	182	<b>25,5</b>	160	25,6
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	9	<b>1,3</b>	14	2,2
- Patient verstorben	155	<b>21,7</b>	169	27,0

Basisstatistik » Entlassung

5. Verweildauer

	2021		2020	
	n	%	n	%
Patienten gesamt				
- Mittelwert (Tage)		7,8		7,9
- Median (Tage)		5,0		6,0
Patienten mit TIA				
- Mittelwert (Tage)		4,3		4,5
- Median (Tage)		4,0		4,0
Patienten mit Hirninfarkt				
- Mittelwert (Tage)		8,6		8,8
- Median (Tage)		6,0		6,0
Patienten mit Intrazerebr. Blutung				
- Mittelwert (Tage)		10,9		11,2
- Median (Tage)		8,0		8,0
Patienten mit Entlassung / Verlegung / Tod am Aufnahmetag	102	0,9	139	1,2

## 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	4.212	-	4.492	93,77%	93,02 - 94,44	≥ 90,00%
Rehabilitation - Logopädie						
ADSR03-004	4.359	-	4.642	93,90%	93,18 - 94,56	≥ 90,00%
Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern						
ADSR06-002	1.355	-	1.435	94,43%	93,12 - 95,50	≥ 90,00%
Frühzeitige Gefäßdiagnostik						
ADSR09-004	9.864	-	10.351	95,30%	94,87 - 95,69	≥ 80,00%
Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt						
ADSR10a-004	308	308,02	7.400	1,00	0,90 - 1,12	-
ADSR10b-004	59	59,01	6.975	1,00	0,78 - 1,29	-
Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt						
ADSR11-004	459	458,96	8.476	1,00	0,91 - 1,09	-
Screening nach Schluckstörungen						
ADSR12-004	7.840	-	8.304	94,41%	93,90 - 94,89	≥ 90,00%
Bildgebung						
ADSR13a-006	1.993	-	3.040	65,56%	63,85 - 67,23	≥ 60,00%
ADSR13c-007	1.534	-	1.644	93,31%	92,00 - 94,42	≥ 50,00%
Thrombolysse						
ADSR14a-001	471	-	694	67,87%	64,30 - 71,24	≥ 60,00%
ADSR14c-001	784	-	1.238	63,33%	60,61 - 65,97	≥ 60,00%
ADSR14b-001	1.085	-	2.425	44,74%	42,77 - 46,73	-
Behandlung auf Stroke Unit						
ADSR15-003	7.227	-	7.539	95,86%	95,39 - 96,29	≥ 85,00%
Door to needle time						
ADSR16a-002	418	-	471	88,75%	85,57 - 91,29	-
ADSR16d-002	696	-	784	88,78%	86,37 - 90,80	≥ 90,00%
ADSR16c-002	637	-	773	82,41%	79,56 - 84,93	-
ADSR16b-002	224	-	471	47,56%	43,09 - 52,07	-
Karotisrevaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose						
ADSR17-003	200	-	247	80,97%	75,62 - 85,38	≥ 70,00%
Sterblichkeit nach Rekanalisation						
ADSR18a-003	173	173,01	2.026	1,00	0,87 - 1,15	-
ADSR18c-003	97	97,00	1.542	1,00	0,82 - 1,21	-
ADSR18d-003	127	127,00	856	1,00	0,85 - 1,17	-
Rehabilitationsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen						
ADSR19-002	2.748	-	3.644	75,41%	73,99 - 76,78	≥ 70,00%
Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe						
ADSR21-002	9.563	-	10.635	89,92%	89,33 - 90,48	≥ 80,00%

Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Berlin gesamt	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
<b>VHF-Diagnostik</b>						
ADSR22-002	8.179	-	8.663	<b>94,41%</b>	93,91 - 94,88	<b>≥ 80,00%</b>
<b>Intraarterielle Therapie</b>						
ADSR23-002	754	-	1.235	<b>61,05%</b>	58,30 - 63,73	-
ADSR23-001	514	-	686	<b>74,93%</b>	71,55 - 78,03	<b>≥ 50,00%</b>
ADSR23-003	166	-	331	<b>50,15%</b>	44,79 - 55,50	-
<b>door-to-puncture-time</b>						
ADSR25-001	498	-	826	<b>60,29%</b>	56,91 - 63,57	<b>≥ 50,00%</b>
ADSR25a-001	372	-	666	<b>55,86%</b>	52,06 - 59,58	-
ADSR25b-001	126	-	160	<b>78,75%</b>	71,78 - 84,38	-
ADSR25c-001	256	-	826	<b>30,99%</b>	27,93 - 34,23	-
<b>Frühzeitige Verlegung intraarterielle Therapie</b>						
ADSR26-001	18	-	27	<b>66,67%</b>	47,82 - 81,36	-
<b>Erreichen des Rekanalisationsziels</b>						
ADSR27-001	719	-	826	<b>87,05%</b>	84,58 - 89,17	<b>≥ 80,00%</b>

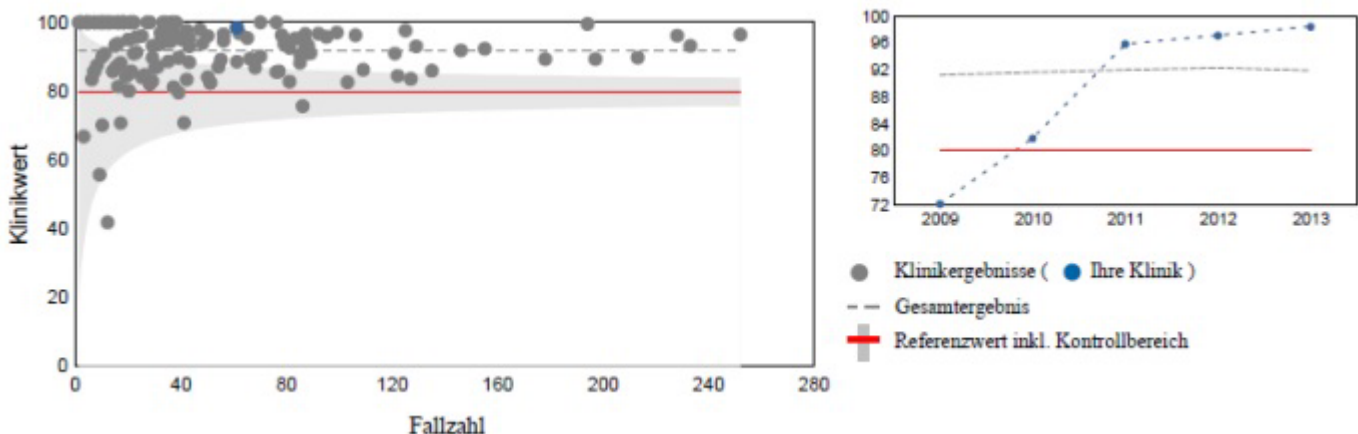
## Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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	$\geq 80,0$
2011	46	-	48	95,8	85,5 - 99,6	$\geq 80,0$
2012	66	-	68	97,1	89,9 - 99,2	$\geq 80,0$
2013	60	-	61	98,4	91,3 - 99,7	$\geq 80,0$

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

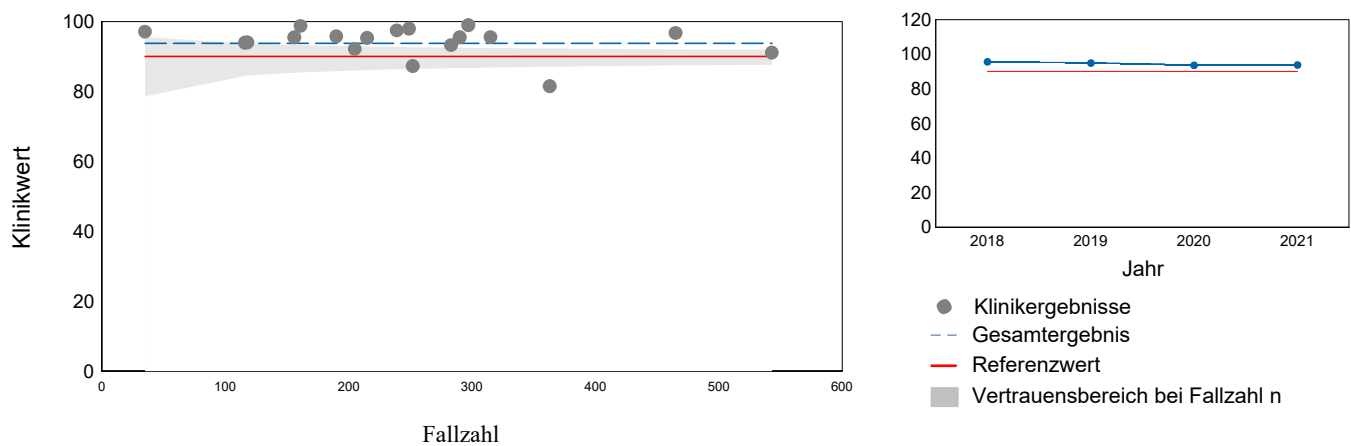
Indikator: ADSR02-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	4.524	-	4.730	95,64	95,03 - 96,19	>= 90,00
2019	4.248	-	4.478	94,86	94,18 - 95,47	>= 90,00
2020	4.191	-	4.475	93,65	92,90 - 94,33	>= 90,00
<b>2021</b>	<b>4.212</b>	-	<b>4.492</b>	<b>93,77</b>	93,02 - 94,44	<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

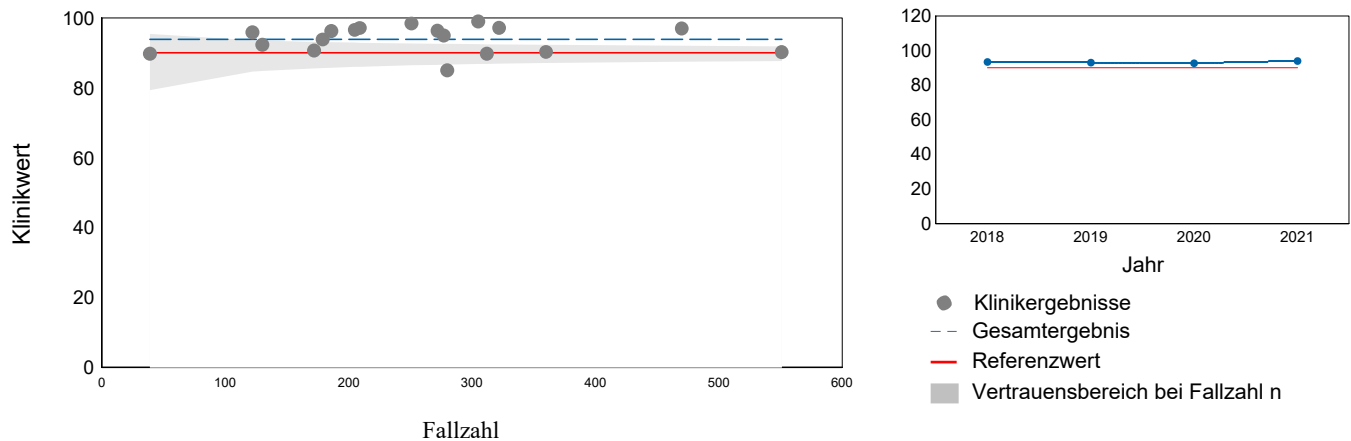
Indikator: ADSR03-004

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	4.784	-	5.127	93,31	92,59 - 93,96	>= 90,00
2019	4.389	-	4.719	93,01	92,24 - 93,70	>= 90,00
2020	4.340	-	4.688	92,58	91,79 - 93,29	>= 90,00
<b>2021</b>	<b>4.359</b>	-	<b>4.642</b>	<b>93,90</b>	93,18 - 94,56	<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

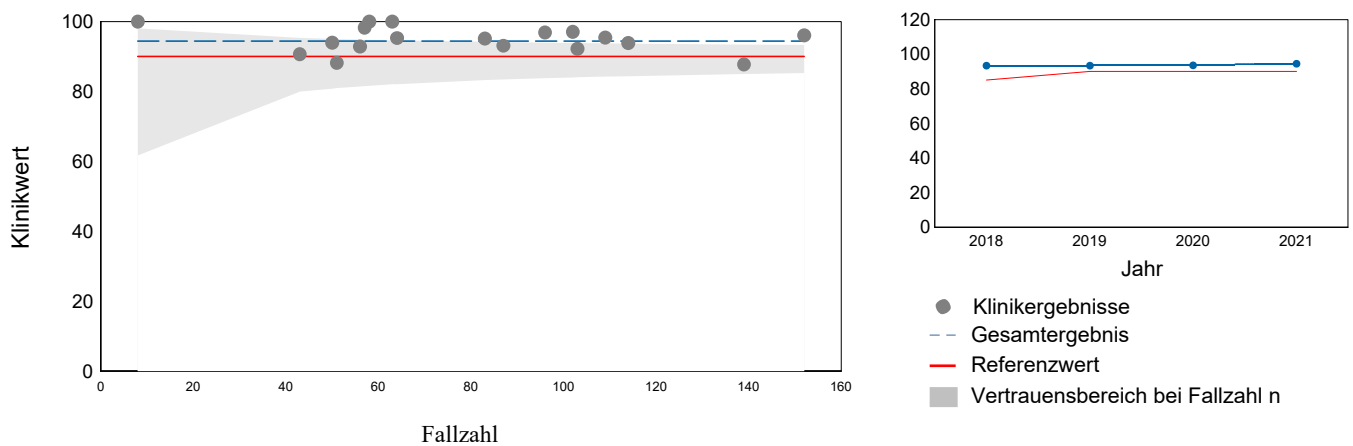
Indikator: ADSR06-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	1.484	-	1.588	93,45	92,13 - 94,57	>= 85,00
2019	1.417	-	1.517	93,41	92,05 - 94,55	>= 90,00
2020	1.339	-	1.432	93,51	92,11 - 94,67	>= 90,00
<b>2021</b>	<b>1.355</b>	-	<b>1.435</b>	<b>94,43</b>	93,12 - 95,50	<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**

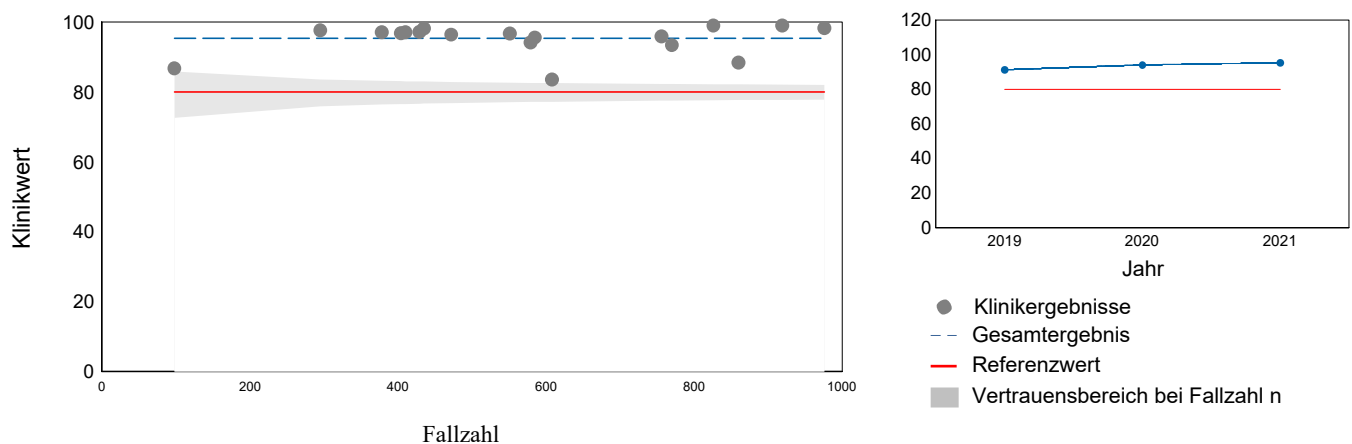
Indikator: **ADSR09-004**

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	10.530	-	11.540	91,25	90,72 - 91,75	>= 80,00
2020	9.844	-	10.475	93,98	93,50 - 94,42	>= 80,00
<b>2021</b>	<b>9.864</b>	-	<b>10.351</b>	<b>95,30</b>	94,87 - 95,69	<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 ( $\geq 70\%$ ) von Dopplersonographie und MR-Angiographie sind im Vergleich zur DSA ähnlich hoch.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

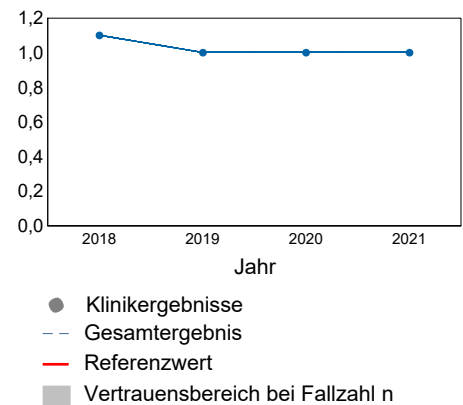
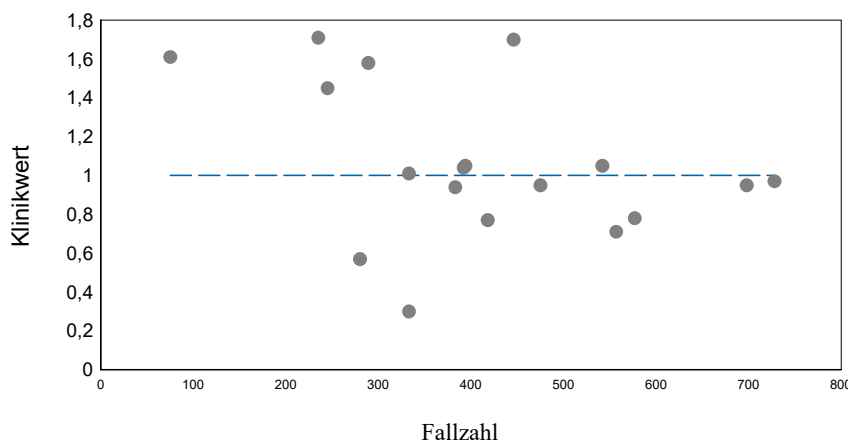
Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen

Kennzahl: ADSR10a-004

Ziel: Möglichst niedrige Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2018	279	254,56	7.687	1,10	0,98 - 1,23	nicht definiert
2019	276	275,69	7.155	1,00	0,89 - 1,12	nicht definiert
2020	291	291,40	7.397	1,00	0,89 - 1,12	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>308</b>	<b>308,02</b>	<b>7.400</b>	<b>1,00</b>	<b>0,90 - 1,12</b>	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**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

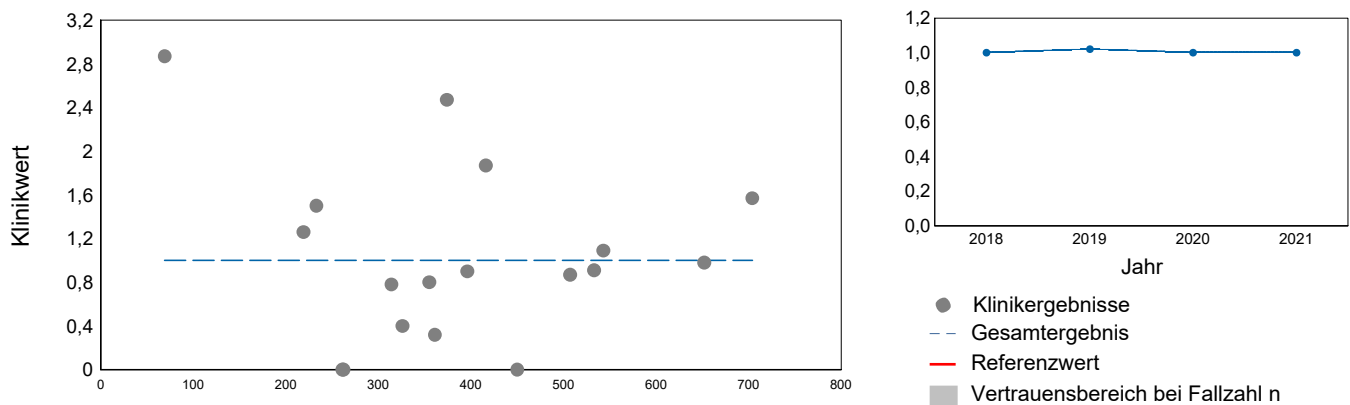
**Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt (ohne Fälle mit palliative Therapiezielsetzung): Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen**

Kennzahl: ADSR10b-004

Ziel: Möglichst niedrige Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2018	55	55,13	7.293	1,00	0,77 - 1,30	nicht definiert
2019	68	66,63	6.795	1,02	0,81 - 1,29	nicht definiert
2020	64	64,06	6.992	1,00	0,78 - 1,27	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>59</b>	<b>59,01</b>	<b>6.975</b>	<b>1,00</b>	<b>0,78 - 1,29</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

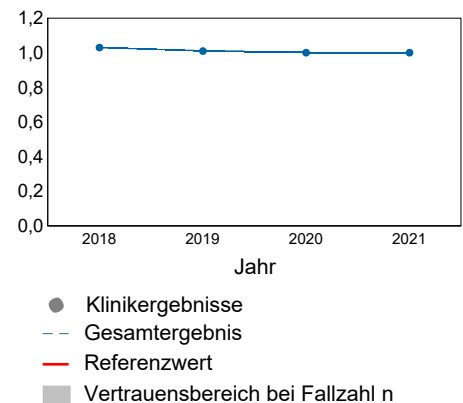
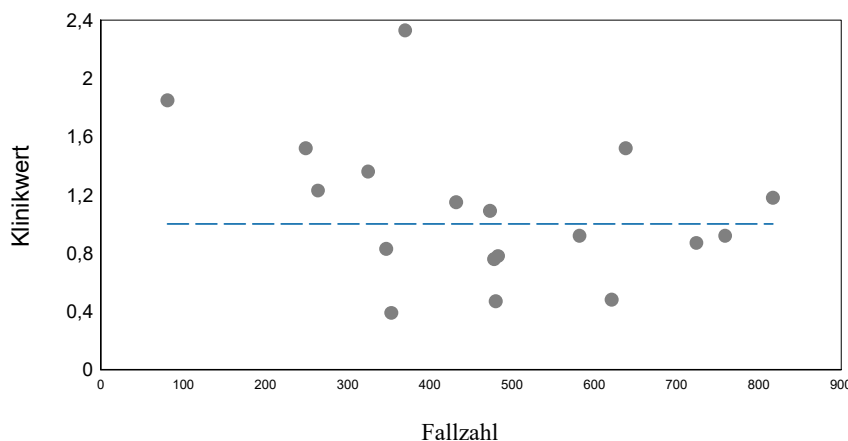
**Pneumonie bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Pneumoniefällen**

Kennzahl: ADSR11-004

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2018	516	501,06	8.826	1,03	0,95 - 1,12	nicht definiert
2019	413	410,60	8.390	1,01	0,92 - 1,10	nicht definiert
2020	456	456,38	8.450	1,00	0,91 - 1,09	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>459</b>	<b>458,96</b>	<b>8.476</b>	<b>1,00</b>	<b>0,91 - 1,09</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 Aspirationspneumoniendurch 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

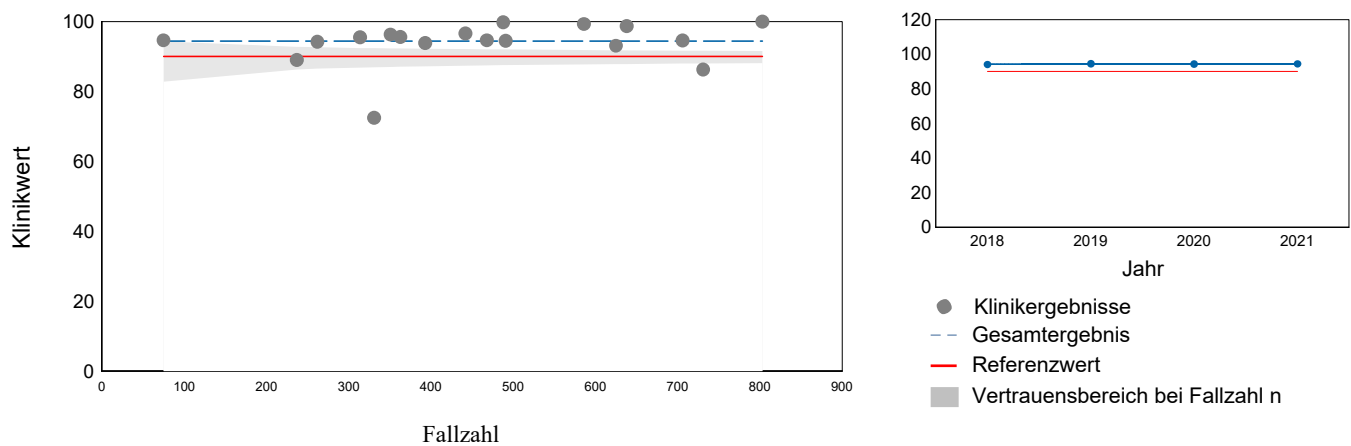
Indikator: ADSR12-004

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	8.282	-	8.808	94,03	93,51 - 94,50	>= 90,00
2019	7.790	-	8.245	94,48	93,97 - 94,95	>= 90,00
2020	7.730	-	8.198	94,29	93,77 - 94,77	>= 90,00
<b>2021</b>	<b>7.840</b>	-	<b>8.304</b>	<b>94,41</b>	93,90 - 94,89	<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

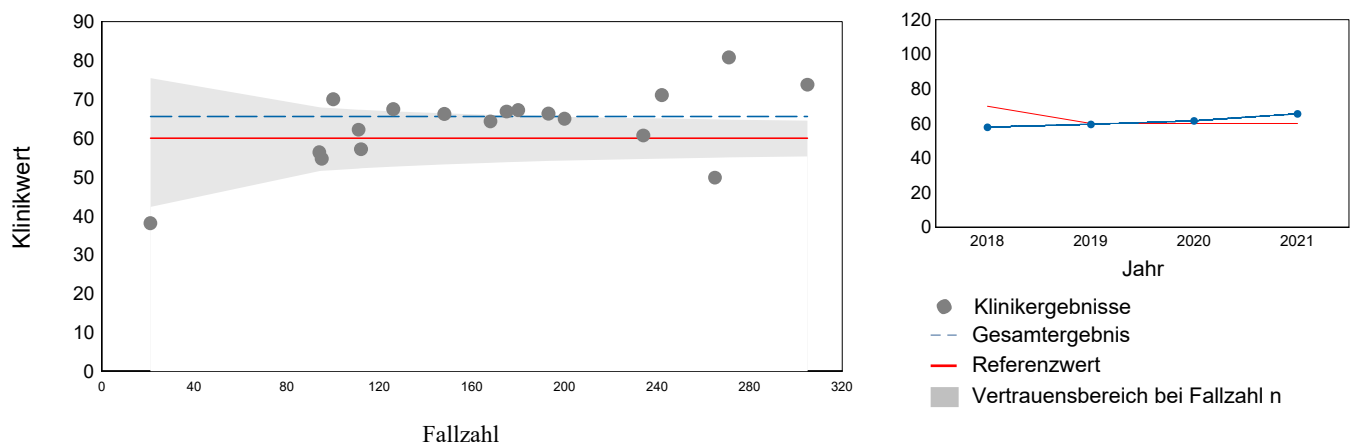
Indikator: ADSR13a-006

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	2.109	-	3.655	57,70	56,09 - 59,29	>= 70,00
2019	1.951	-	3.279	59,50	57,81 - 61,17	>= 60,00
2020	1.872	-	3.046	61,46	59,72 - 63,17	>= 60,00
<b>2021</b>	<b>1.993</b>	-	<b>3.040</b>	<b>65,56</b>	63,85 - 67,23	<b>&gt;= 60,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

### Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit Bildgebung bis  $\leq 30$  Minuten nach Aufnahme.

**Fallzahl:** Fälle mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme  $\leq 6$  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**

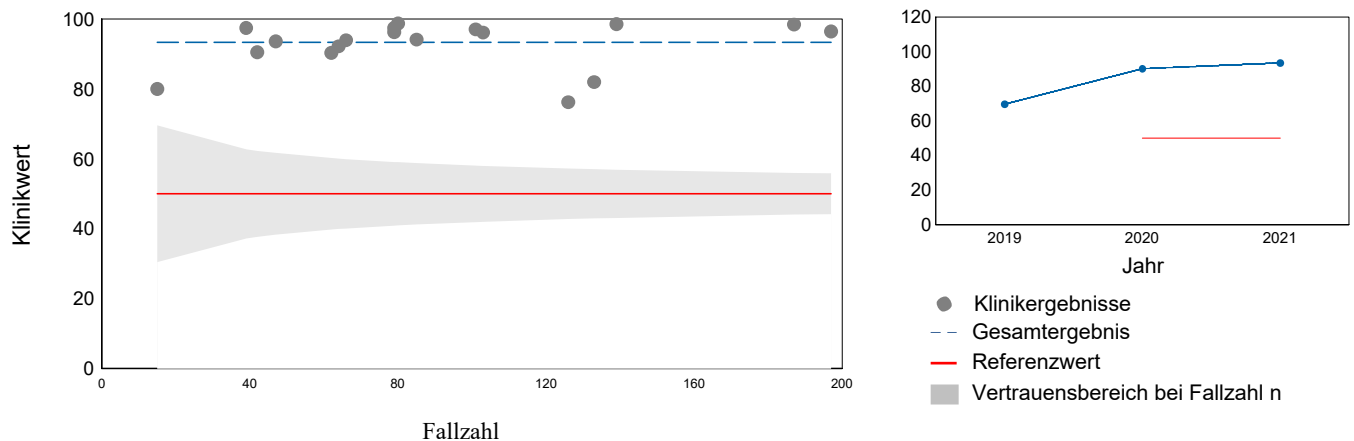
Indikator: ADSR13c-007

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	2.500	-	3.593	69,58	68,06 - 71,06	nicht definiert
2020	1.441	-	1.599	90,12	88,56 - 91,49	>= 50,00
<b>2021</b>	<b>1.534</b>	-	<b>1.644</b>	<b>93,31</b>	92,00 - 94,42	<b>&gt;= 50,00</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 $\leq 80$ , NIHSS 4-25)

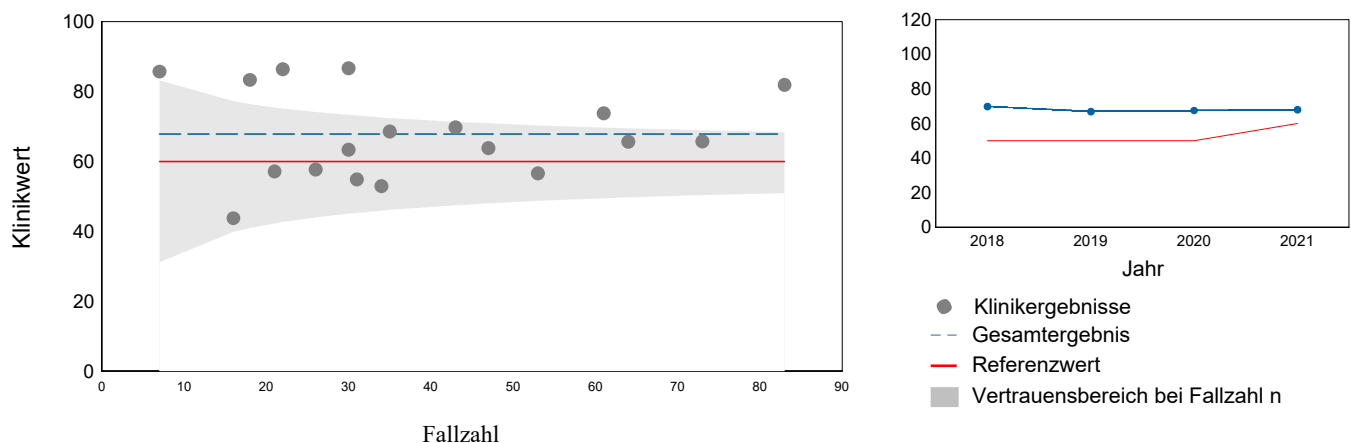
Kennzahl: ADSR14a-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	576	-	825	69,82	66,60 - 72,85	$\geq 50,00$
2019	504	-	754	66,84	63,41 - 70,11	$\geq 50,00$
2020	487	-	722	67,45	63,95 - 70,77	$\geq 50,00$
<b>2021</b>	<b>471</b>	-	<b>694</b>	<b>67,87</b>	64,30 - 71,24	<b><math>\geq 60,00</math></b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

#### Ergebnisanalyse



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

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt im Alter von 18 - 80 Jahren mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme  $\leq 4$  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)**

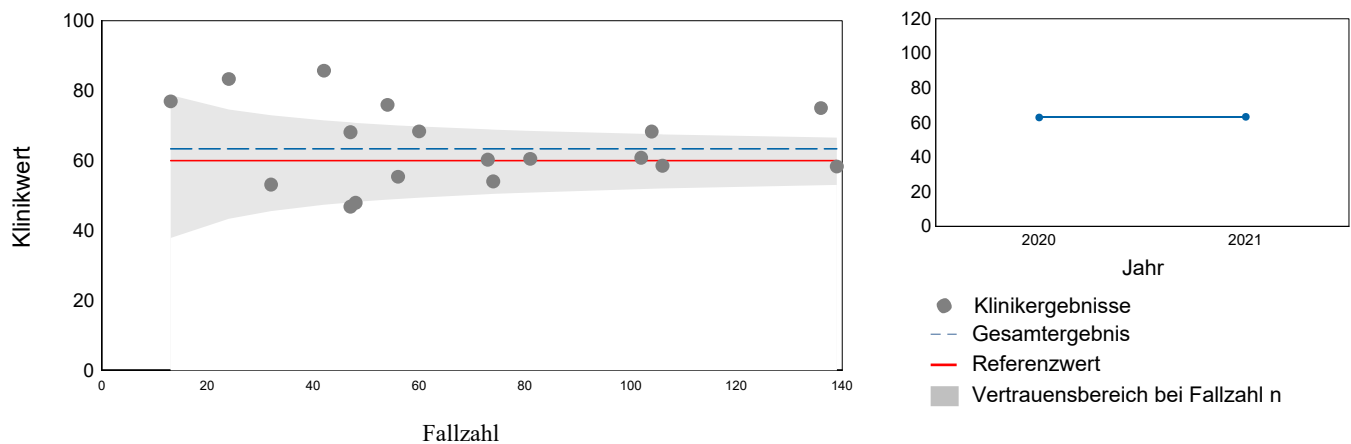
Indikator: ADSR14c-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	757	-	1.203	62,93	60,16 - 65,61	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>784</b>	-	<b>1.238</b>	<b>63,33</b>	60,61 - 65,97	<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  $\leq 4$  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

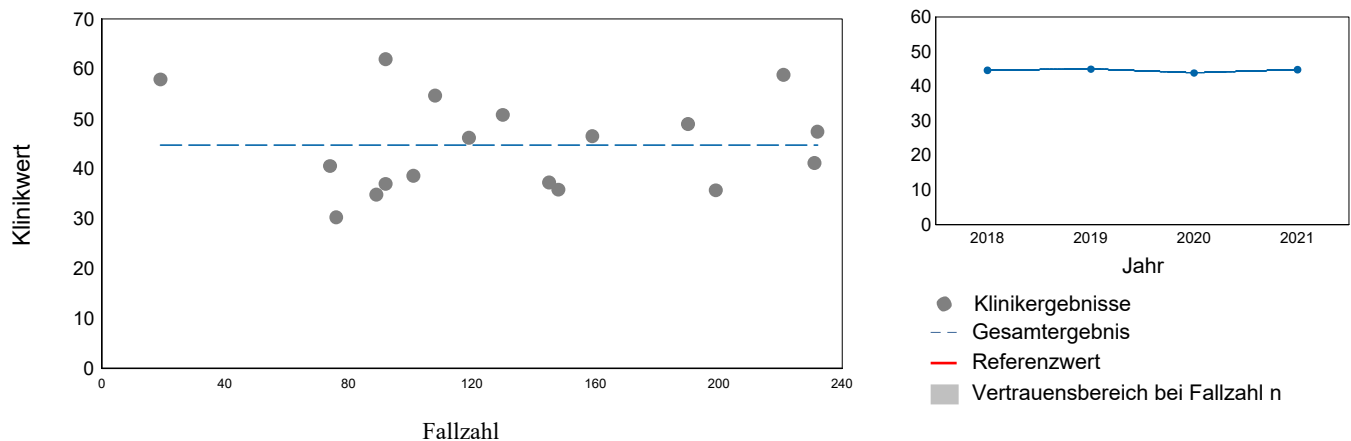
**Frühzeitige Thrombolyse (mit Off-Label-Indikationen)**

**Kennzahl:** ADSR14b-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	1.117	-	2.508	44,54	42,60 - 46,49	nicht definiert
2019	1.066	-	2.374	44,90	42,91 - 46,91	nicht definiert
2020	1.055	-	2.409	43,79	41,82 - 45,78	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>1.085</b>	-	<b>2.425</b>	<b>44,74</b>	42,77 - 46,73	<b>nicht definiert</b>

**Ergebnisanalyse**



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

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme  $\leq 4$  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

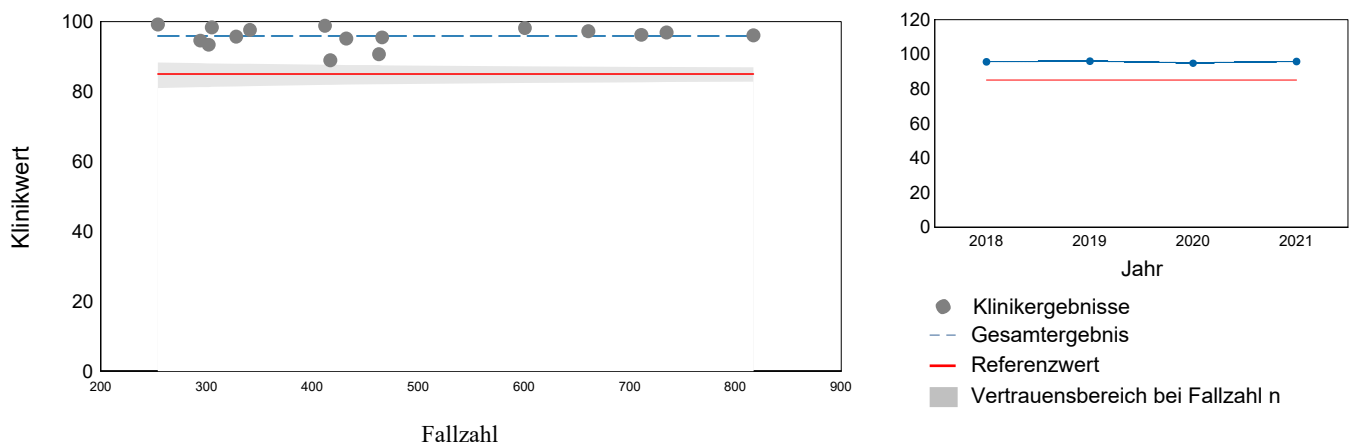
Indikator: ADSR15-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	7.750	-	8.108	95,58	95,12 - 96,01	$\geq$ 85,00
2019	7.636	-	7.959	95,94	95,49 - 96,35	$\geq$ 85,00
2020	7.352	-	7.757	94,78	94,26 - 95,25	$\geq$ 85,00
<b>2021</b>	<b>7.227</b>	-	<b>7.539</b>	<b>95,86</b>	95,39 - 96,29	<b><math>\geq</math> 85,00</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  $\leq$  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

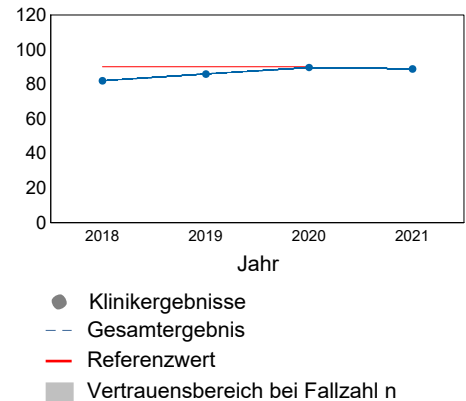
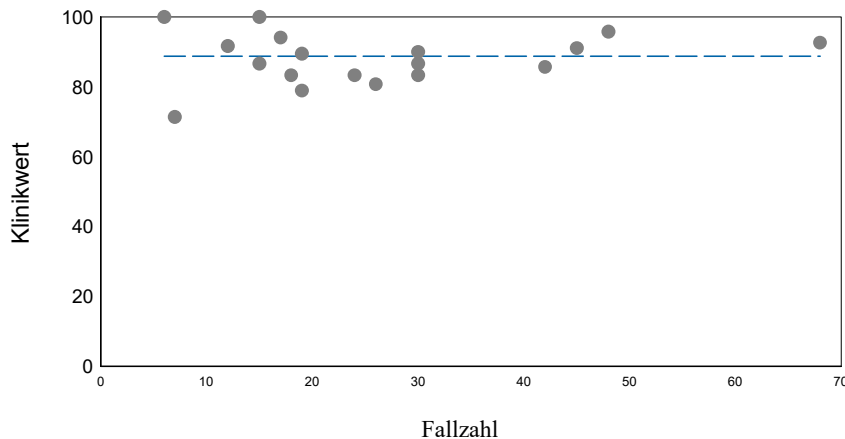
Door to needle time <= 60 min (Alter >= 18 Jahre und <= 80 Jahre, NHISS 4 - 25)

Kennzahl: ADSR16a-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	1.045	-	1.275	81,96	79,76 - 83,97	>= 90,00
2019	440	-	513	85,77	82,48 - 88,53	>= 90,00
2020	448	-	500	89,60	86,62 - 91,98	>= 90,00
2021	418	-	471	88,75	85,57 - 91,29	nicht definiert

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)

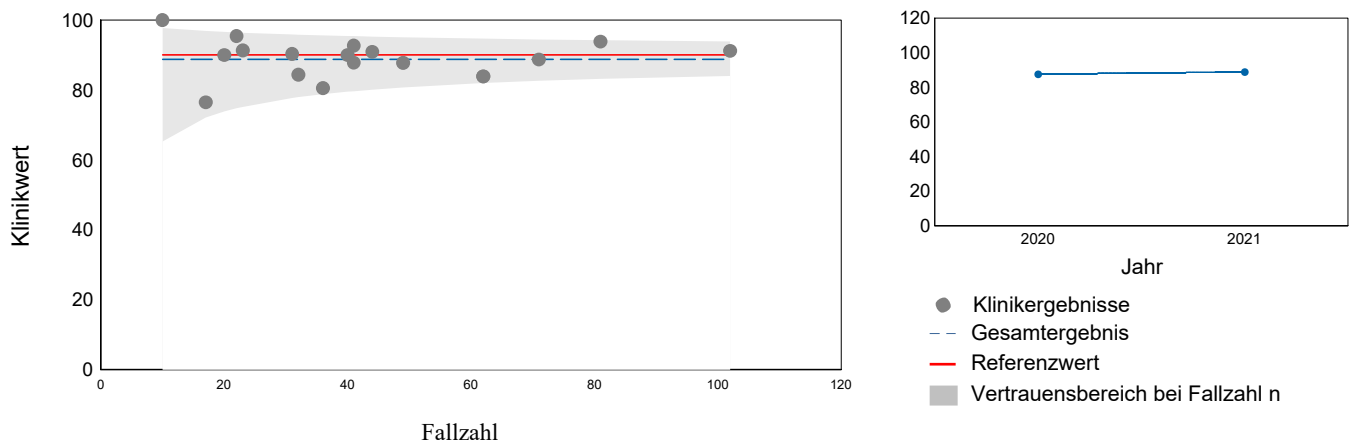
Indikator: ADSR16d-002

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

Jahr	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

Das Ergebnis liegt unterhalb des Referenzwertes.

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

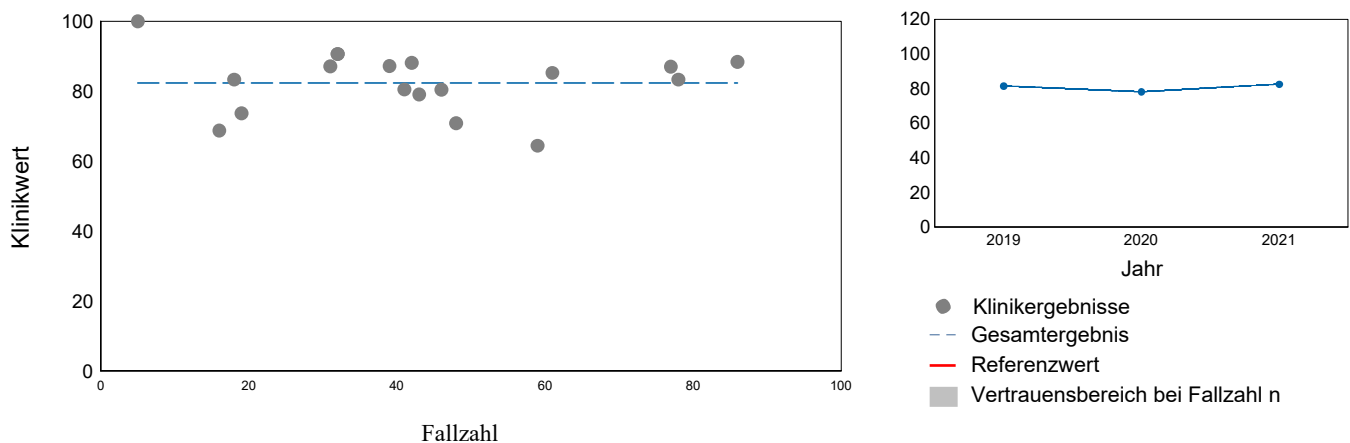
Door to needle time <= 60 min (erweiterte Indikation)

Indikator: ADSR16c-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	592	-	727	81,43	78,44 - 84,09	>= 80,00
2020	563	-	721	78,09	74,92 - 80,95	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>637</b>	-	<b>773</b>	<b>82,41</b>	79,56 - 84,93	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



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

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und intravenöser Thrombolyse im eigenen Haus 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

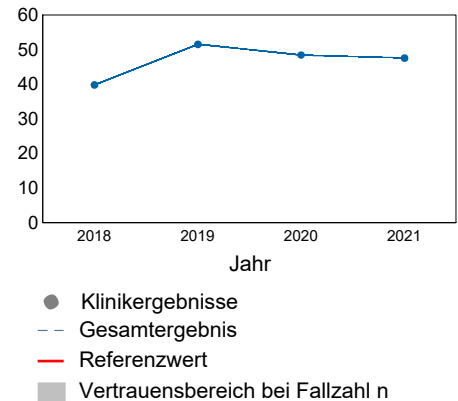
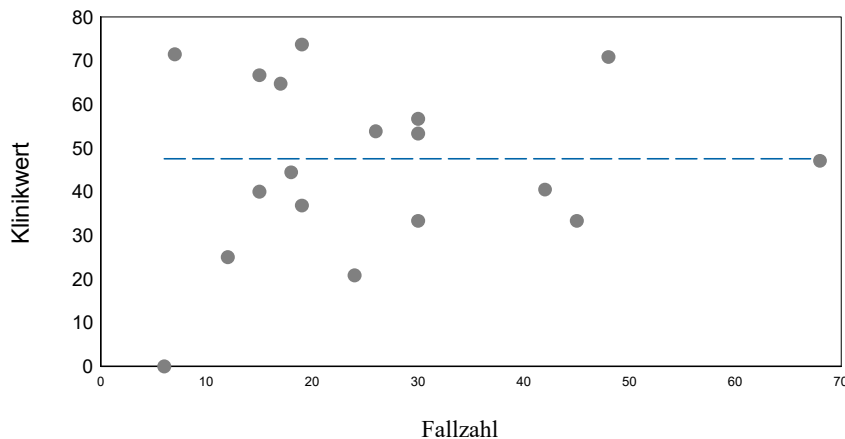
Door to needle time  $\leq 30$  min (Alter  $\geq 18$  Jahre und  $\leq 80$  Jahre, NHISS 4 - 25)

Kennzahl: ADSR16b-002

Ziel: Möglichst hoher Anteil mit "door-to-needle time"  $\leq 30$  min bei Fällen mit intravenöser Thrombolyse.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	507	-	1.275	39,76	37,11 - 42,48	nicht definiert
2019	264	-	513	51,46	47,14 - 55,76	nicht definiert
2020	242	-	500	48,40	44,05 - 52,78	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>224</b>	-	<b>471</b>	<b>47,56</b>	43,09 - 52,07	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit "door-to-needle time"  $\leq 30$  min.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und intravenöser Thrombolyse im eigenen Haus im Alter von 18 - 80 Jahren mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme  $\leq 4$  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  $\leq 4$  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**

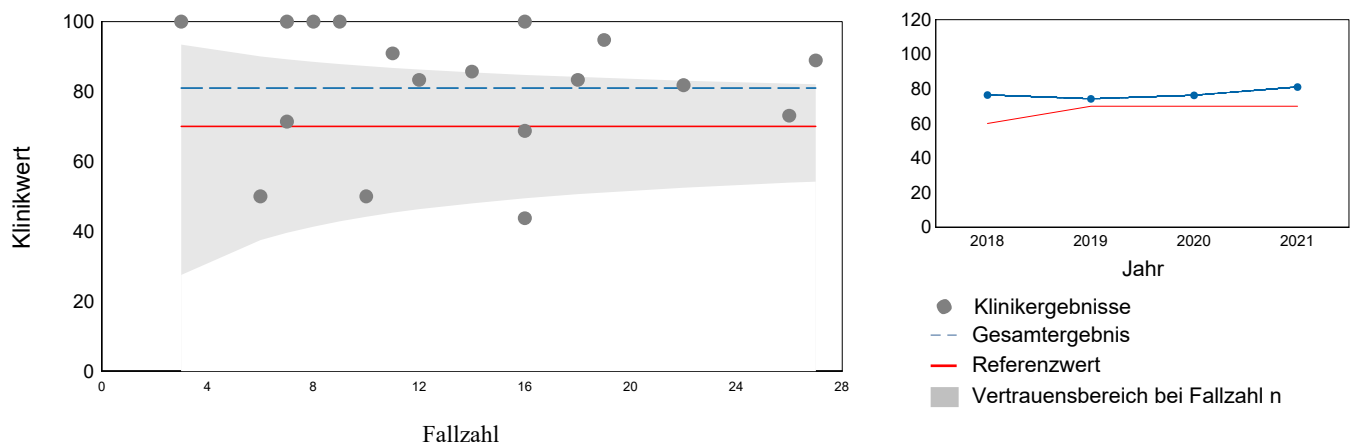
Indikator: ADSR17-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	198	-	259	76,45	70,92 - 81,21	>= 60,00
2019	190	-	256	74,22	68,53 - 79,19	>= 70,00
2020	221	-	290	76,21	70,98 - 80,75	>= 70,00
<b>2021</b>	<b>200</b>	-	<b>247</b>	<b>80,97</b>	75,62 - 85,38	<b>&gt;= 70,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

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

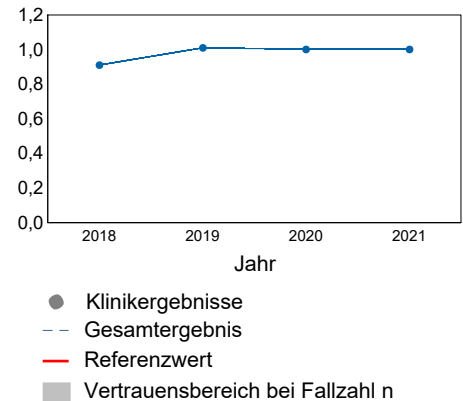
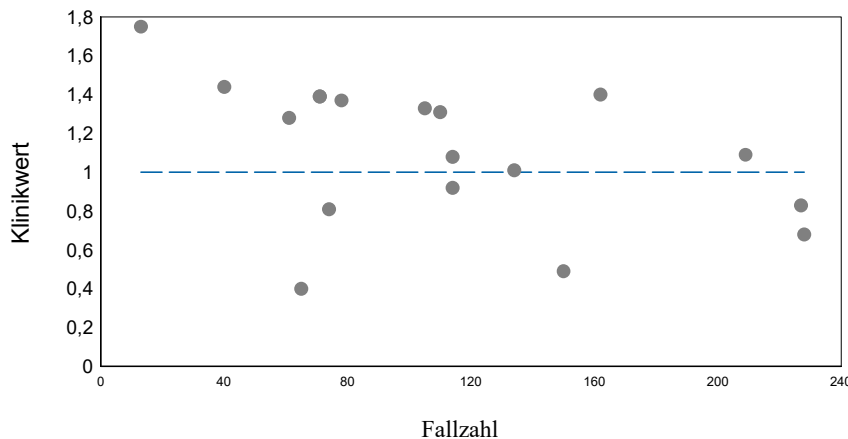
Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts

Kennzahl: ADSR18a-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	149	163,90	2.041	0,91	0,78 - 1,06	nicht definiert
2019	143	141,68	1.993	1,01	0,86 - 1,18	nicht definiert
2020	202	202,08	2.014	1,00	0,88 - 1,14	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>173</b>	<b>173,01</b>	<b>2.026</b>	<b>1,00</b>	<b>0,87 - 1,15</b>	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
ADSR18c-	97	-	1.542	1,00	-	-
ADSR18d-	127	-	856	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

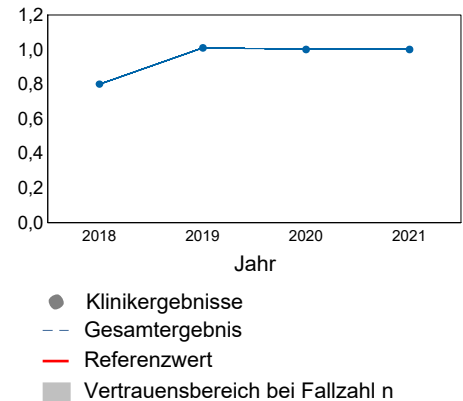
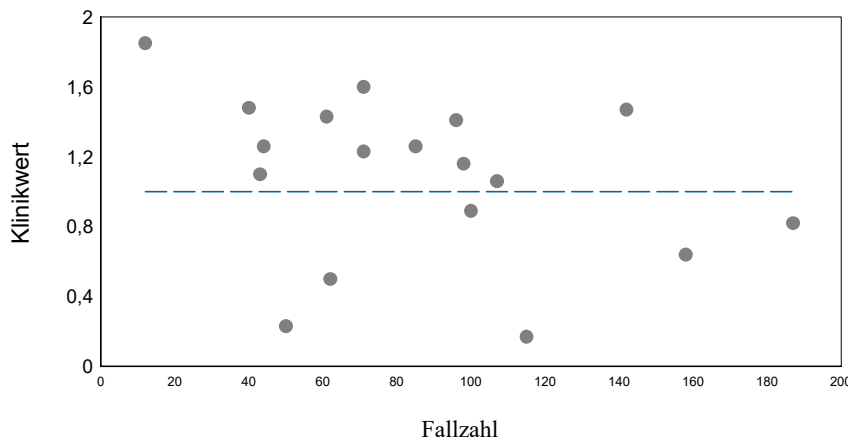
Sterblichkeit nach Trombolyse

Kennzahl: ADSR18c-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	92	115,10	1.649	0,80	0,65 - 0,97	nicht definiert
2019	74	73,13	1.585	1,01	0,81 - 1,26	nicht definiert
2020	122	122,06	1.579	1,00	0,84 - 1,18	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>97</b>	<b>97,00</b>	<b>1.542</b>	<b>1,00</b>	<b>0,82 - 1,21</b>	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Verstorbene Patienten.

**Fallzahl:** Fälle mit Hirninfarkt und Trombolyse.  
[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

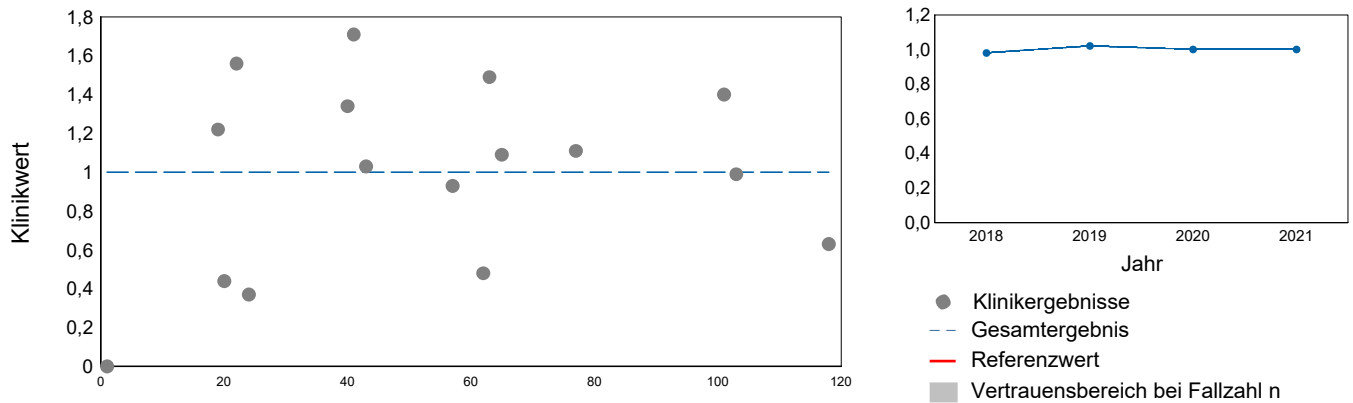
Sterblichkeit nach Thrombektomie

Kennzahl: ADSR18d-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	98	99,53	755	0,98	0,82 - 1,18	nicht definiert
2019	98	96,29	748	1,02	0,84 - 1,22	nicht definiert
2020	145	145,00	827	1,00	0,86 - 1,16	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>127</b>	<b>127,00</b>	<b>856</b>	<b>1,00</b>	<b>0,85 - 1,17</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

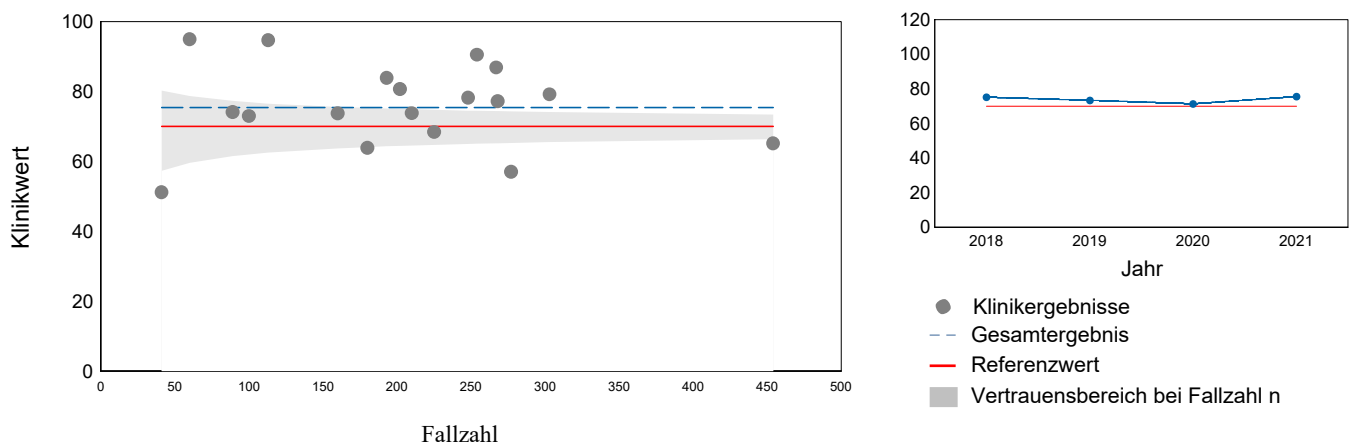
Indikator: ADSR19-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	2.753	-	3.663	75,16	73,73 - 76,53	>= 70,00
2019	2.626	-	3.584	73,27	71,80 - 74,69	>= 70,00
2020	2.551	-	3.580	71,26	69,75 - 72,72	>= 70,00
<b>2021</b>	<b>2.748</b>	-	<b>3.644</b>	<b>75,41</b>	73,99 - 76,78	<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 ohne vorherige Pflegeheimunterbringung mit Rankin Skala 2-5 bei Entlassung. [Ausschluss von Fällen mit Verlegung in eine andere Akutklinik sowie von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung und ohne Fälle 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.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe

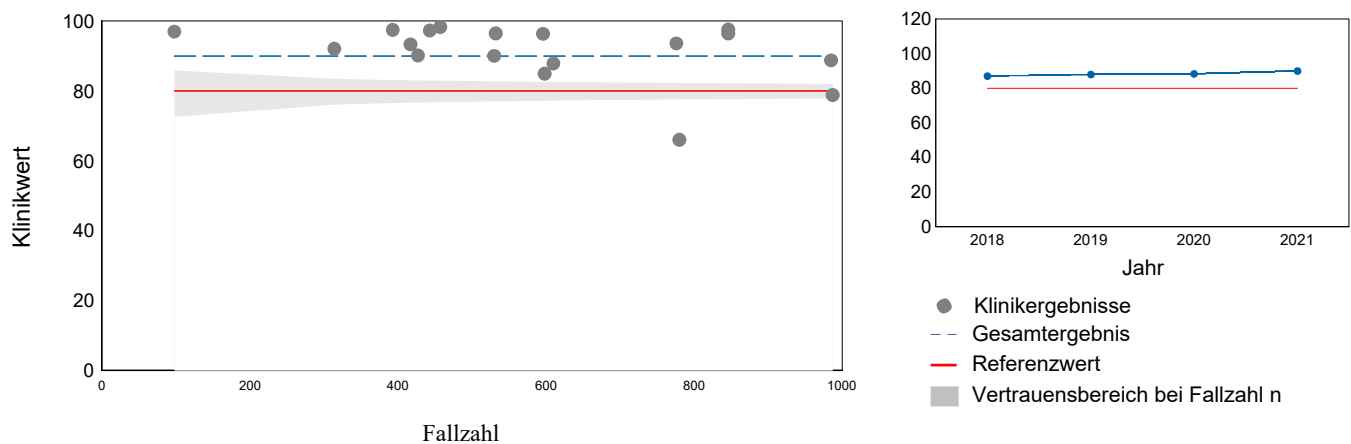
Indikator: ADSR21-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	9.801	-	11.271	86,96	86,32 - 87,57	>= 80,00
2019	9.642	-	10.978	87,83	87,21 - 88,43	>= 80,00
2020	9.323	-	10.573	88,18	87,55 - 88,78	>= 80,00
<b>2021</b>	<b>9.563</b>	-	<b>10.635</b>	<b>89,92</b>	89,33 - 90,48	<b>&gt;= 80,00</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 ischämischem 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

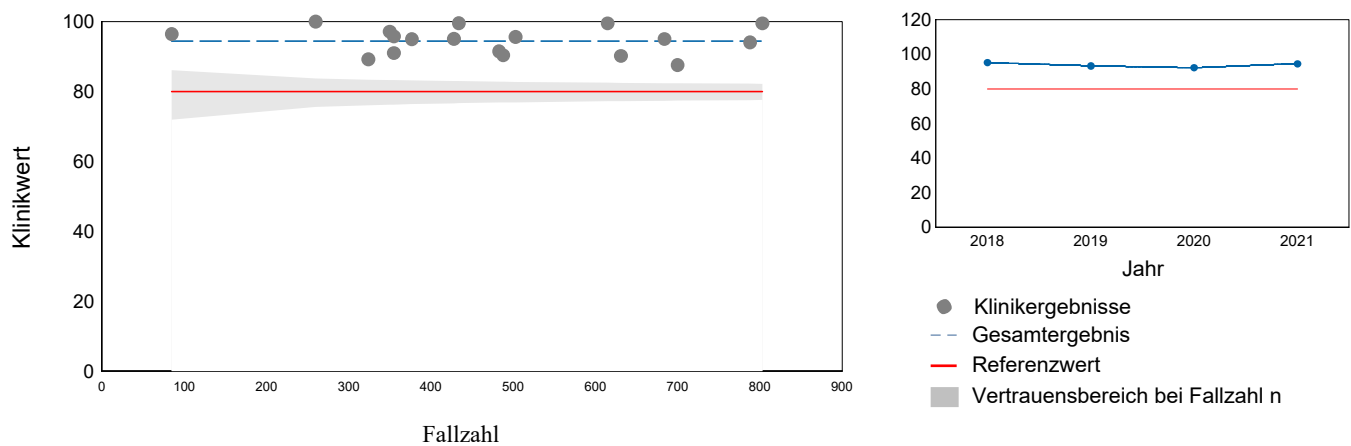
Indikator: ADSR22-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	8.936	-	9.393	95,13	94,68 - 95,55	>= 80,00
2019	8.488	-	9.101	93,26	92,73 - 93,76	>= 80,00
2020	7.996	-	8.674	92,18	91,60 - 92,73	>= 80,00
<b>2021</b>	<b>8.179</b>	-	<b>8.663</b>	<b>94,41</b>	93,91 - 94,88	<b>&gt;= 80,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



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

**Fallzahl:** Fälle ohne vorbekanntes Vorhofflimmern mit HI oder TIA.  
[Ausschluss von Fällen mit Verlegung nach Primärdiagnostik / -therapie innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung und Patientinnen und Patienten 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

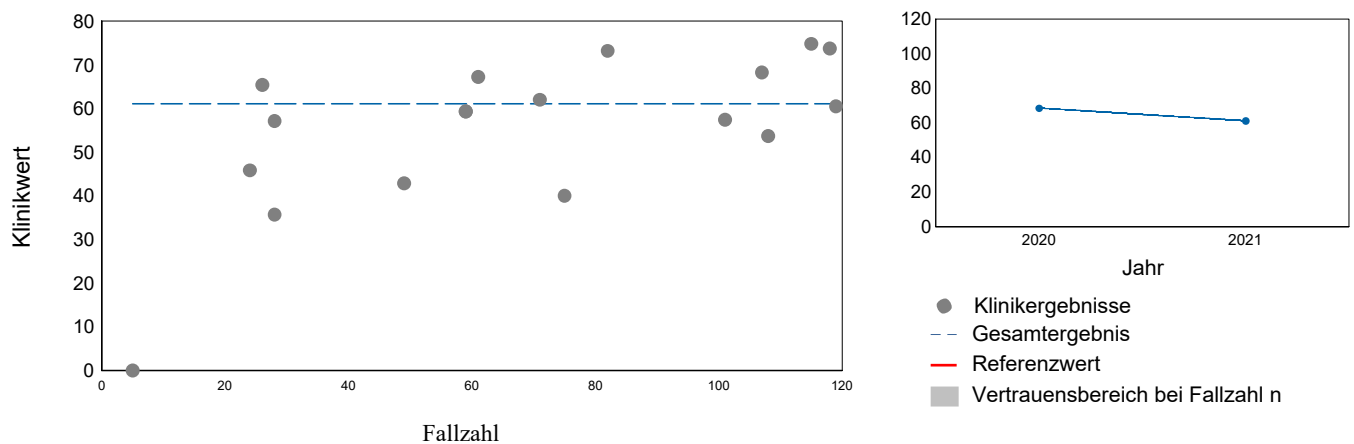
**Intraarterielle Therapie**

Kennzahl: ADSR23-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	558	-	816	68,38	65,11 - 71,48	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>754</b>	-	<b>1.235</b>	<b>61,05</b>	58,30 - 63,73	<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)**

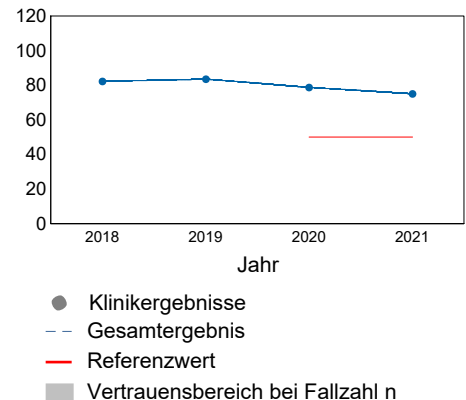
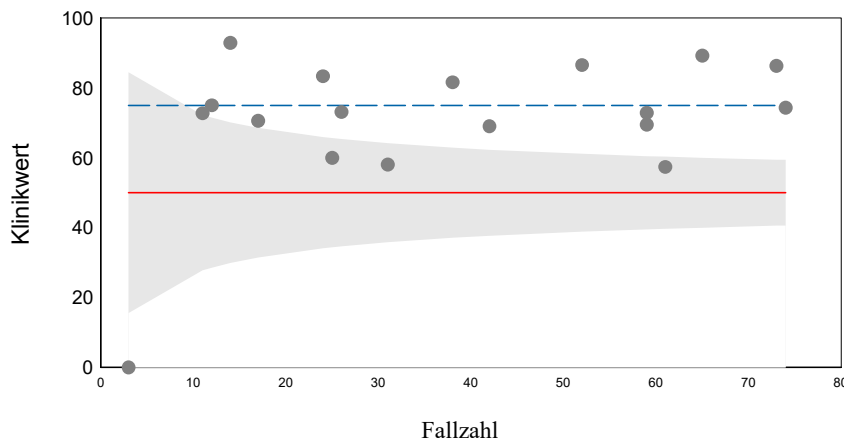
Indikator: ADSR23-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	409	-	498	82,13	78,52 - 85,24	nicht definiert
2019	381	-	457	83,37	79,68 - 86,50	nicht definiert
2020	384	-	488	78,69	74,84 - 82,09	>= 50,00
<b>2021</b>	<b>514</b>	-	<b>686</b>	<b>74,93</b>	71,55 - 78,03	<b>&gt;= 50,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
Verleg.	24	-	686	3,50	-	-
im Haus	490	-	686	71,43	-	-

**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

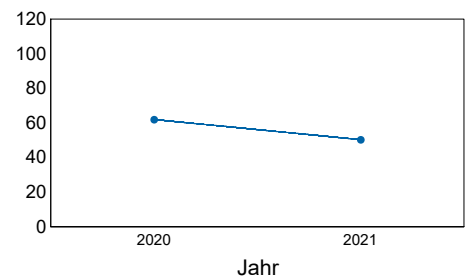
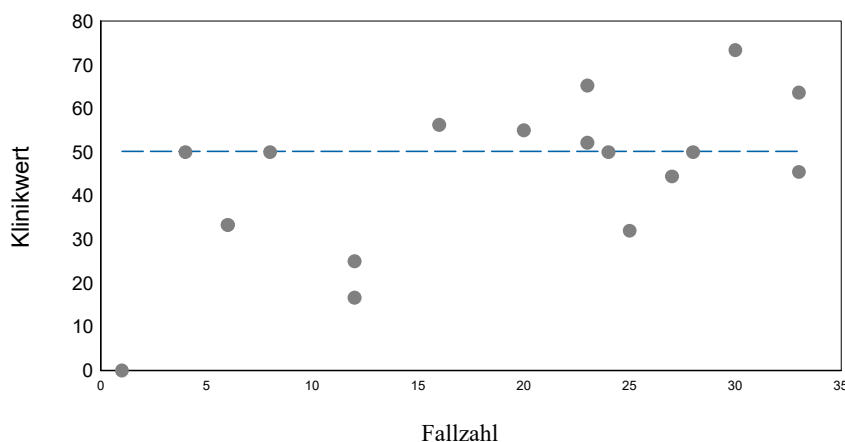
**Intraarterielle Therapie (Zeitfenster > 6 – 24h)**

Kennzahl: ADSR23-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	128	-	207	61,84	55,06 - 68,18	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>166</b>	-	<b>331</b>	<b>50,15</b>	44,79 - 55,50	<b>nicht definiert</b>

**Ergebnisanalyse**



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

**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

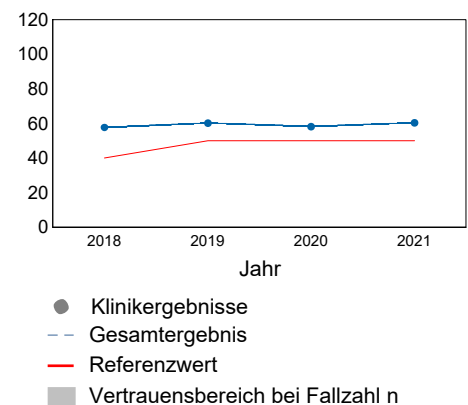
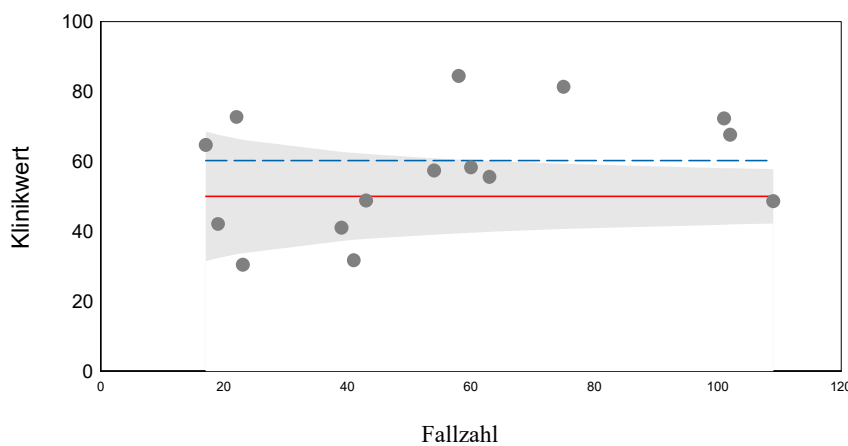
Indikator: ADSR25-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	410	-	711	57,67	54,00 - 61,25	>= 40,00
2019	417	-	693	60,17	56,48 - 63,75	>= 50,00
2020	455	-	783	58,11	54,62 - 61,52	>= 50,00
<b>2021</b>	<b>498</b>	-	<b>826</b>	<b>60,29</b>	56,91 - 63,57	<b>&gt;= 50,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
ADSR25a-)	372	-	666	55,86	-	-
ADSR25b-	126	-	160	78,75	-	-

**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

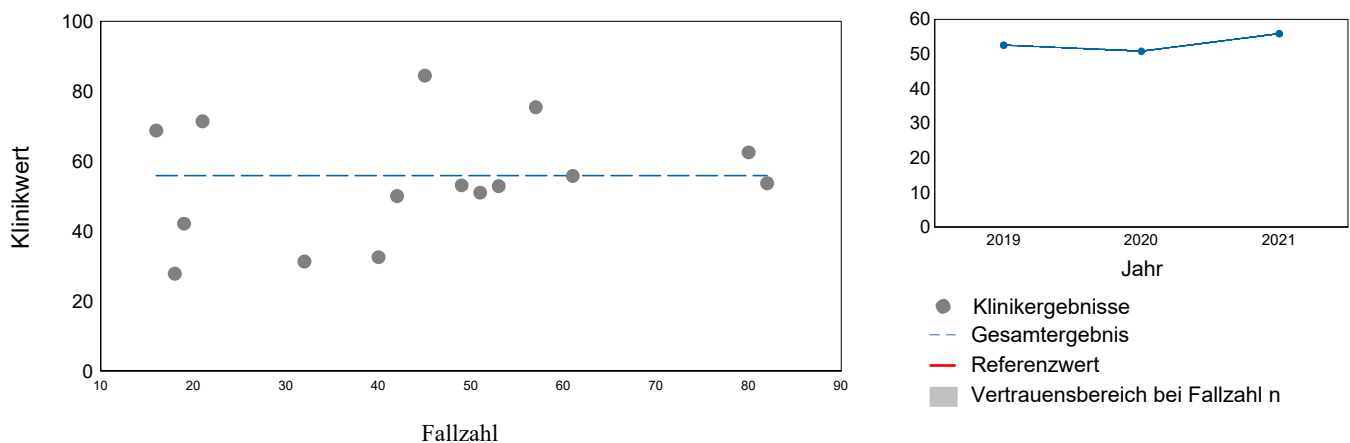
Door-to-puncture-time <= 90 min (Bildgebung bzw. Thrombolyse im eigenen Haus)

Kennzahl: ADSR25a-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	263	-	501	52,50	48,12 - 56,83	nicht definiert
2020	297	-	585	50,77	46,73 - 54,80	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>372</b>	-	<b>666</b>	<b>55,86</b>	52,06 - 59,58	<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 "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

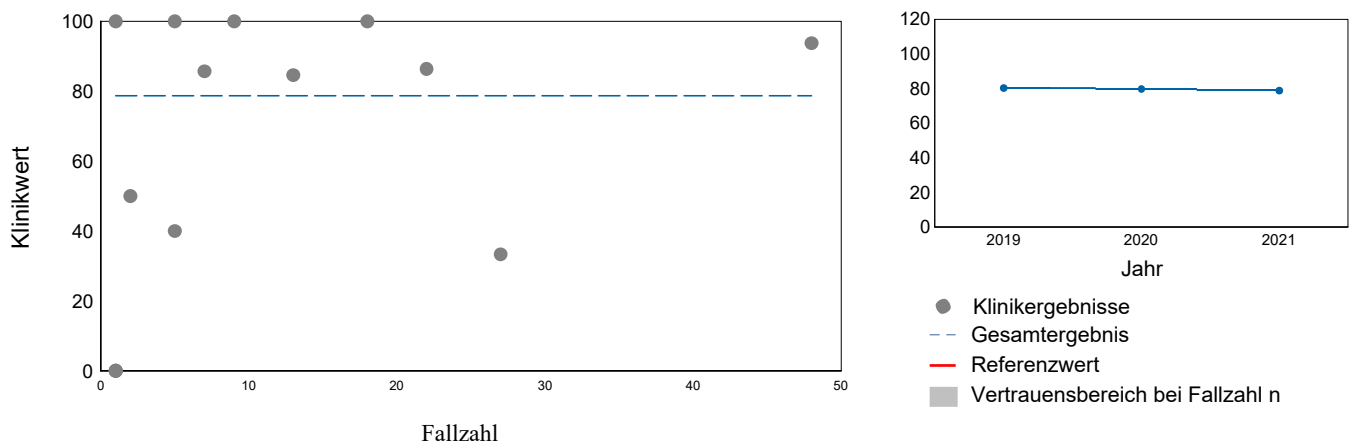
Door-to-puncture-time  $\leq$  90 min (Bildgebung bzw. Thrombolyse vor Aufnahme)

Kennzahl: ADSR25b-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	154	-	192	80,21	74,00 - 85,23	$\geq$ 50,00
2020	158	-	198	79,80	73,66 - 84,80	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>126</b>	-	<b>160</b>	<b>78,75</b>	71,78 - 84,38	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Fälle mit einem Zeitintervall zwischen Aufnahme und Punktion (Door-to-puncture-time)  $\leq$  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

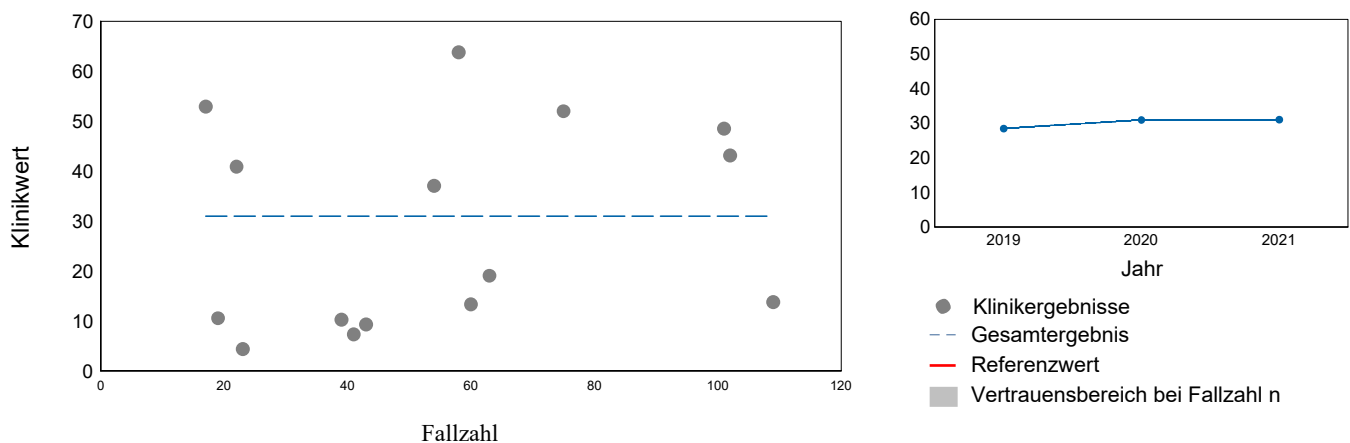
Door-to-puncture-time <= 60 min

Kennzahl: ADSR25c-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	197	-	693	28,43	25,19 - 31,90	>= 50,00
2020	242	-	783	30,91	27,77 - 34,23	nicht definiert
2021	256	-	826	30,99	27,93 - 34,23	nicht definiert

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

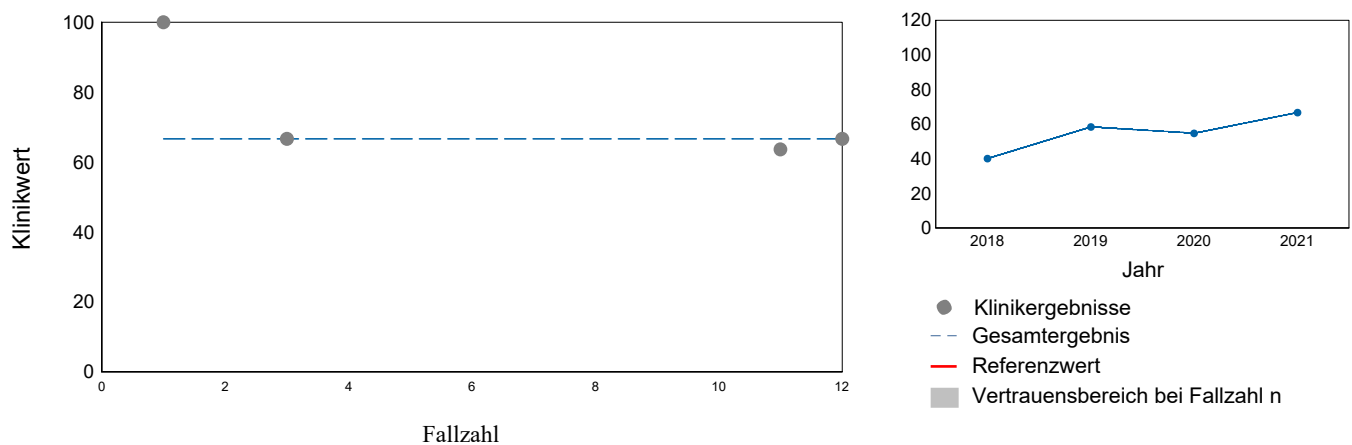
**Frühzeitige Verlegung intraarterielle Therapie**

Indikator: ADSR26-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	10	-	25	40,00	23,40 - 59,26	nicht definiert
2019	14	-	24	58,33	38,83 - 75,53	>= 50,00
2020	18	-	33	54,55	37,99 - 70,16	nicht definiert
<b>2021</b>	<b>18</b>	-	<b>27</b>	<b>66,67</b>	47,82 - 81,36	<b>nicht definiert</b>

**Ergebnisanalyse**



**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

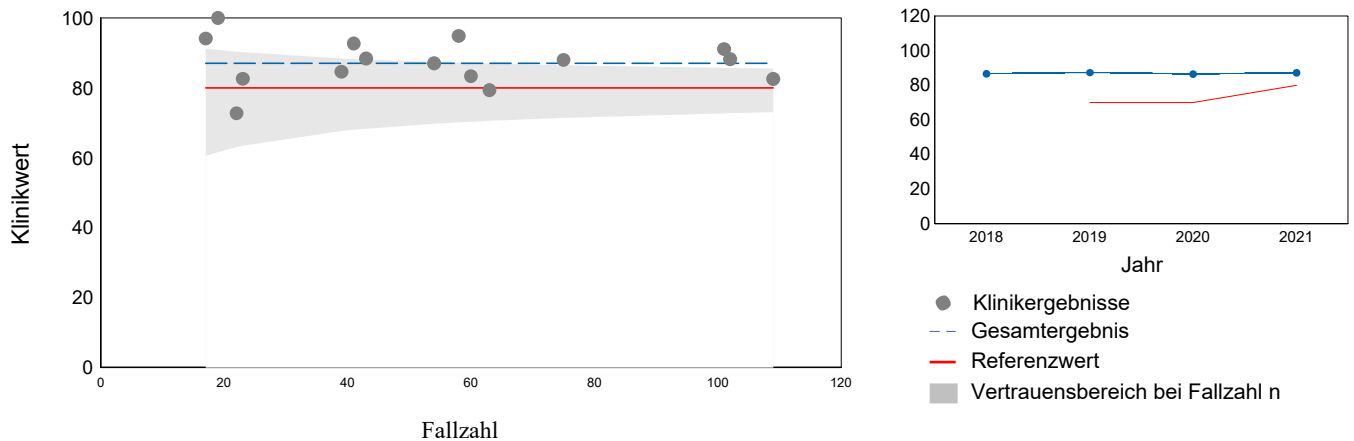
Indikator: ADSR27-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	613	-	708	86,58	83,87 - 88,90	nicht definiert
2019	600	-	688	87,21	84,51 - 89,50	>= 70,00
2020	676	-	783	86,33	83,75 - 88,56	>= 70,00
<b>2021</b>	<b>719</b>	-	<b>826</b>	<b>87,05</b>	84,58 - 89,17	<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

		2021		2020	
		n	%	n	%
		11		38	

### 2. Dokumentation: Keine Bildgebung

		2021		2020	
		n	%	n	%
		14		10	