



Ärztekammer Berlin

Berliner Schlaganfallregister

Auswertung 2022

Inhalt »

Qualitätsindikatoren

- 1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Qualitätsindikatoren

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

Einzelfälle für klinikinterne Analysen

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

Basisstatistik

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

Detailstatistik

- 0 Grafiken und Kreuztabellen

Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Berlin gesamt	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
Rehabilitation - Physiotherapie						
ADSR02-003	4.148	-	4.334	95,71%	95,06 - 96,27	≥ 90,00%
Rehabilitation - Logopädie						
ADSR03-004	4.325	-	4.571	94,62%	93,93 - 95,24	≥ 90,00%
Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern						
ADSR06-002	1.372	-	1.449	94,69%	93,41 - 95,73	≥ 90,00%
Frühzeitige Gefäßdiagnostik						
ADSR09-004	9.617	-	10.054	95,65%	95,24 - 96,03	≥ 80,00%
Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt						
ADSR10a-004	287	287,00	7.354	1,00	0,89 - 1,12	-
ADSR10b-004	65	65,00	6.929	1,00	0,79 - 1,27	-
Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt						
ADSR11-004	544	544,05	8.246	1,00	0,92 - 1,08	-
Screening nach Schluckstörungen						
ADSR12-004	7.679	-	8.087	94,95%	94,46 - 95,41	≥ 90,00%
Bildgebung						
ADSR13a-006	1.915	-	2.897	66,10%	64,36 - 67,80	≥ 60,00%
ADSR13c-007	1.486	-	1.558	95,38%	94,22 - 96,31	≥ 60,00%
Thrombolyse						
ADSR14a-001	517	-	704	73,44%	70,05 - 76,57	-
ADSR14c-001	776	-	1.166	66,55%	63,79 - 69,20	≥ 60,00%
ADSR14b-001	1.081	-	2.257	47,90%	45,84 - 49,96	-
Behandlung auf Stroke Unit						
ADSR15-003	6.713	-	6.986	96,09%	95,61 - 96,52	≥ 90,00%
Door to needle time						
ADSR16a-002	460	-	517	88,97%	85,98 - 91,39	-
ADSR16d-002	688	-	776	88,66%	86,24 - 90,70	≥ 90,00%
ADSR16c-002	602	-	743	81,02%	78,05 - 83,68	-
ADSR16b-002	261	-	517	50,48%	46,19 - 54,77	-
Karotisrevaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose						
ADSR17-003	234	-	286	81,82%	76,94 - 85,86	≥ 80,00%
Sterblichkeit nach Rekanalisation						
ADSR18a-003	180	180,01	2.081	1,00	0,87 - 1,15	-
ADSR18c-003	83	83,00	1.549	1,00	0,81 - 1,23	-
ADSR18d-003	148	148,36	929	1,00	0,86 - 1,15	-
Rehabilitationsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen						
ADSR19-002	2.289	-	2.837	80,68%	79,19 - 82,09	≥ 70,00%
Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe						
ADSR21-002	9.431	-	10.330	91,30%	90,74 - 91,83	≥ 90,00%

Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Berlin gesamt	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
VHF-Diagnostik						
ADSR22-002	7.706	-	8.078	95,39%	94,92 - 95,83	≥ 90,00%
Intraarterielle Therapie						
ADSR23-002	820	-	1.230	66,67%	63,98 - 69,25	-
ADSR23-001	537	-	673	79,79%	76,59 - 82,65	≥ 60,00%
ADSR23-003	155	-	283	54,77%	48,95 - 60,47	-
door-to-puncture-time						
ADSR25-001	559	-	901	62,04%	58,83 - 65,15	≥ 50,00%
ADSR25a-001	441	-	754	58,49%	54,94 - 61,95	-
ADSR25b-001	118	-	147	80,27%	73,10 - 85,90	-
ADSR25c-001	264	-	901	29,30%	26,42 - 32,36	-
Frühzeitige Verlegung intraarterielle Therapie						
ADSR26-001	14	-	24	58,33%	38,83 - 75,53	-
Erreichen des Rekanalisationsziels						
ADSR27-001	778	-	901	86,35%	83,95 - 88,44	≥ 80,00%

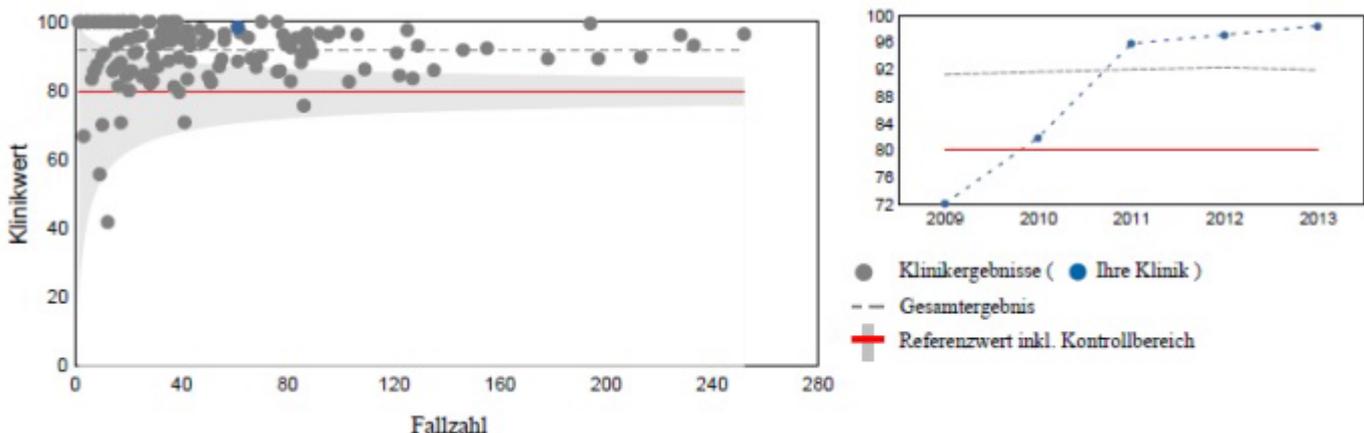
Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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

Hinweise zu den Tabellen:

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

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



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

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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Rehabilitation - Physiotherapie

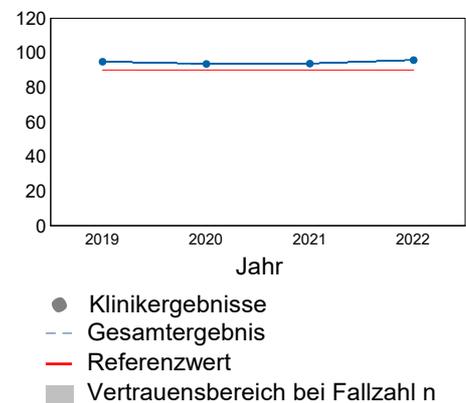
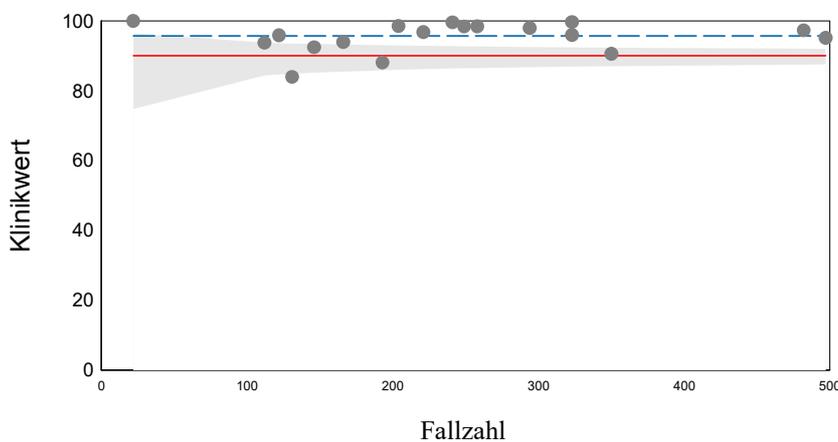
Indikator: ADSR02-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	4.212	-	4.492	93,77	93,02 - 94,44	>= 90,00
2022	4.148	-	4.334	95,71	95,06 - 96,27	>= 90,00

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 ≥ 3 oder Barthel-Index ≤ 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

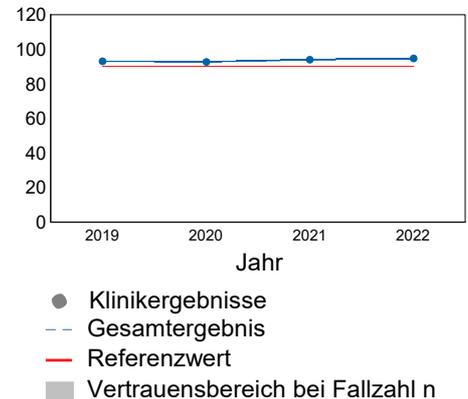
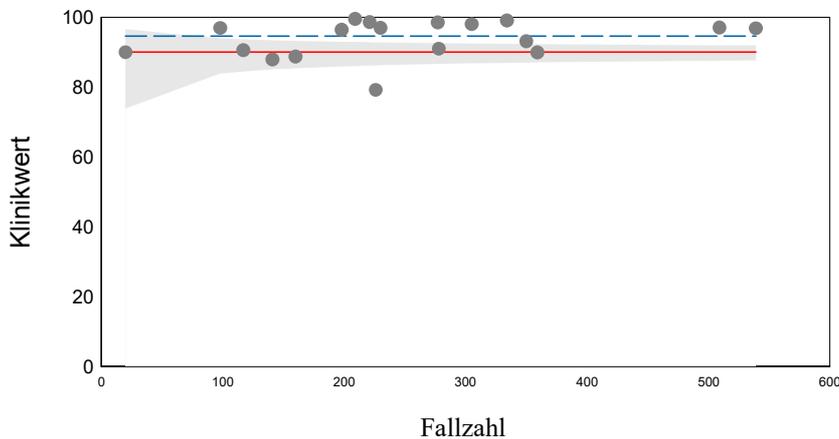
Indikator: ADSR03-004

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	4.359	-	4.642	93,90	93,18 - 94,56	>= 90,00
2022	4.325	-	4.571	94,62	93,93 - 95,24	>= 90,00

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

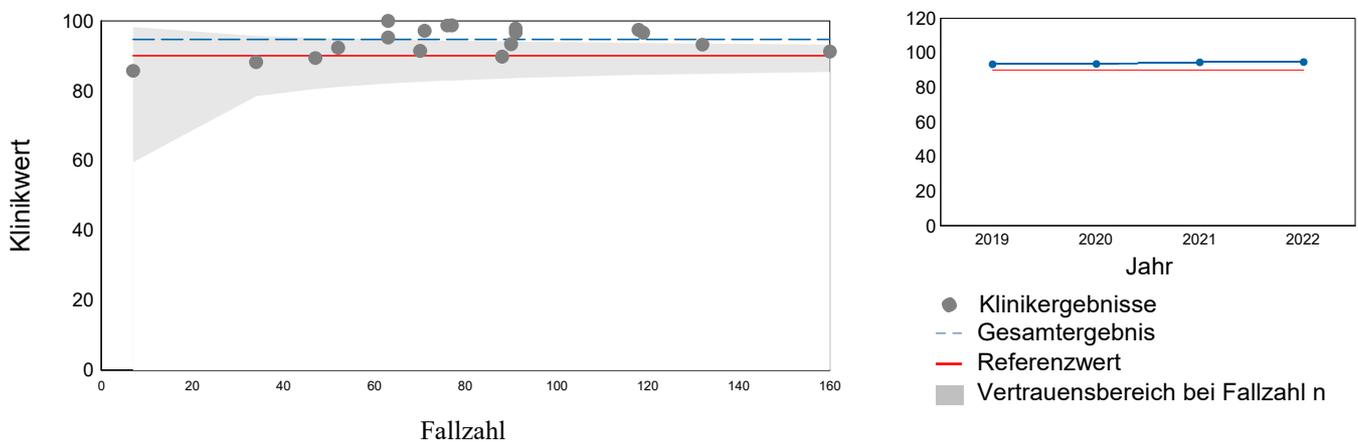
Indikator: ADSR06-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	1.355	-	1.435	94,43	93,12 - 95,50	>= 90,00
2022	1.372	-	1.449	94,69	93,41 - 95,73	>= 90,00

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

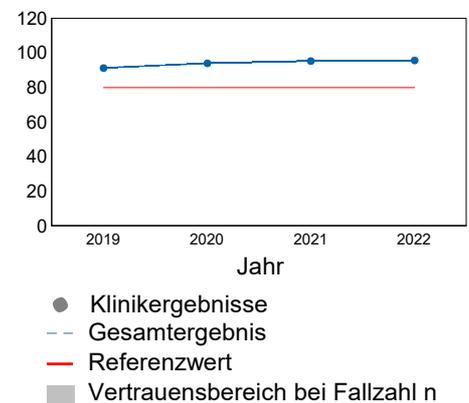
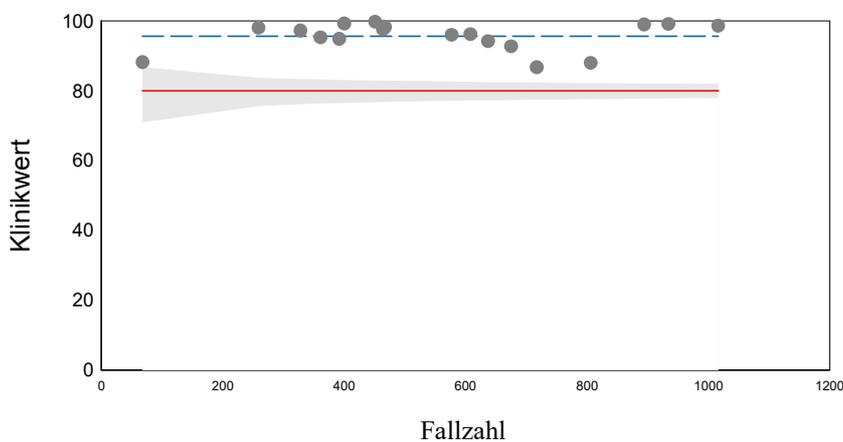
Indikator: ADSR09-004

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
2021	9.864	-	10.351	95,30	94,87 - 95,69	>= 80,00
2022	9.617	-	10.054	95,65	95,24 - 96,03	>= 80,00

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 Inhouse-strokes]

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

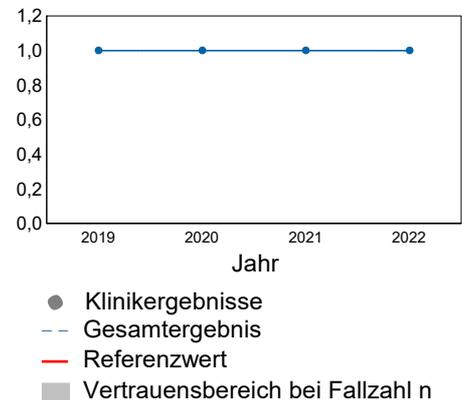
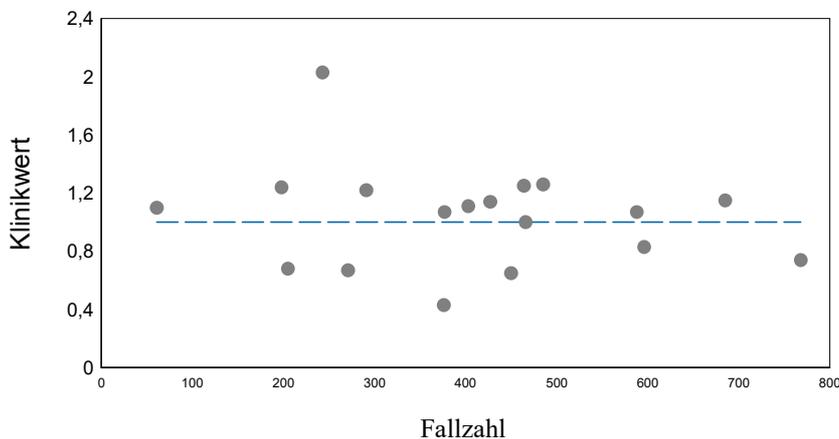
Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen

Kennzahl: ADSR10a-004

Ziel: Möglichst niedrige Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
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
2021	308	308,02	7.400	1,00	0,90 - 1,12	nicht definiert
2022	287	287,00	7.354	1,00	0,89 - 1,12	nicht definiert

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

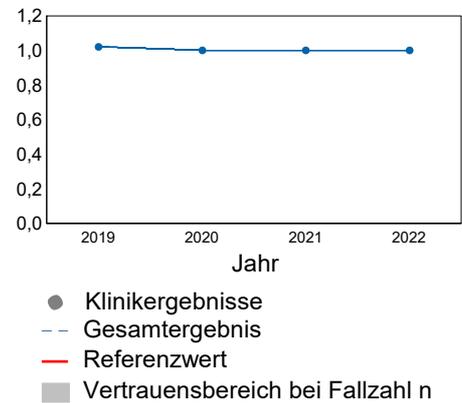
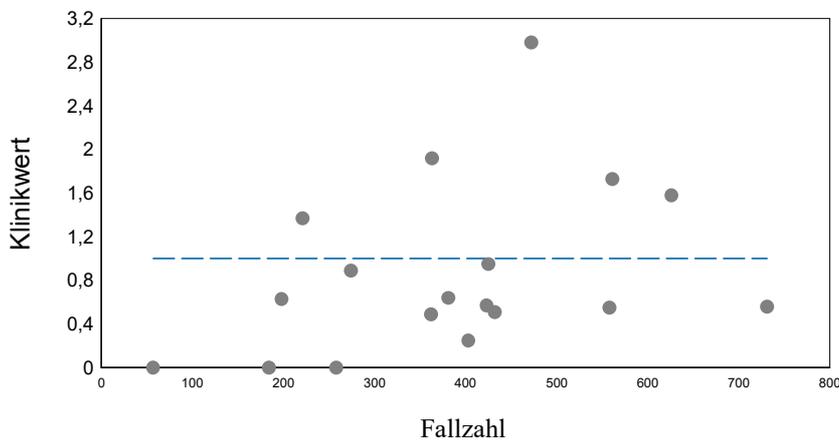
Todesfälle bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt (ohne Fälle mit palliative Therapiezielsetzung): Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen

Kennzahl: ADSR10b-004

Ziel: Möglichst niedrige Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
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
2021	59	59,01	6.975	1,00	0,78 - 1,29	nicht definiert
2022	65	65,00	6.929	1,00	0,79 - 1,27	nicht definiert

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

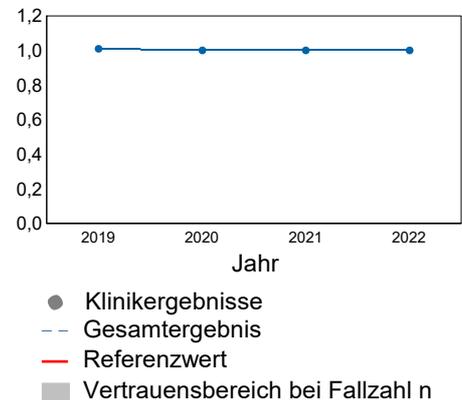
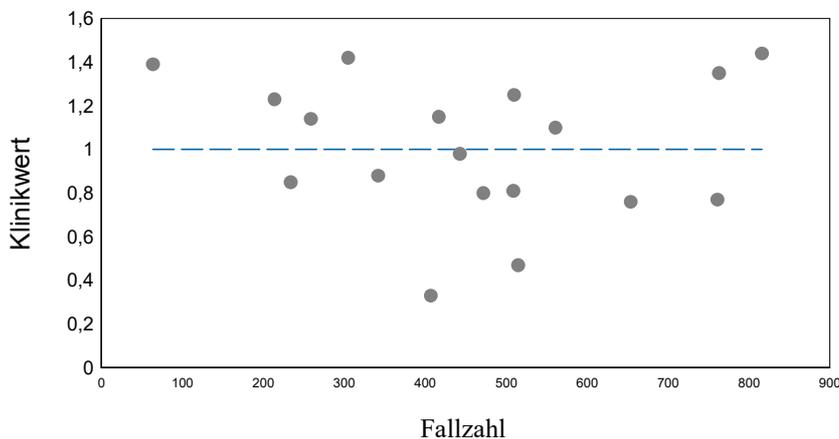
Pneumonie bei Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Pneumoniefällen

Kennzahl: ADSR11-004

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
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
2021	459	458,96	8.476	1,00	0,91 - 1,09	nicht definiert
2022	544	544,05	8.246	1,00	0,92 - 1,08	nicht definiert

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

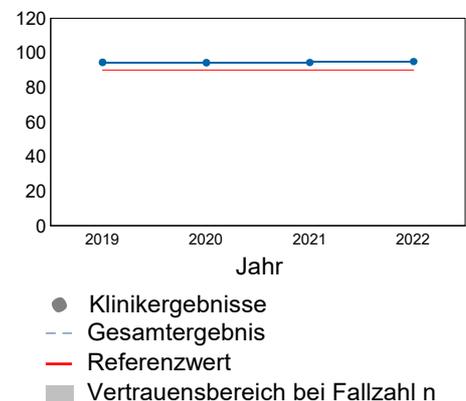
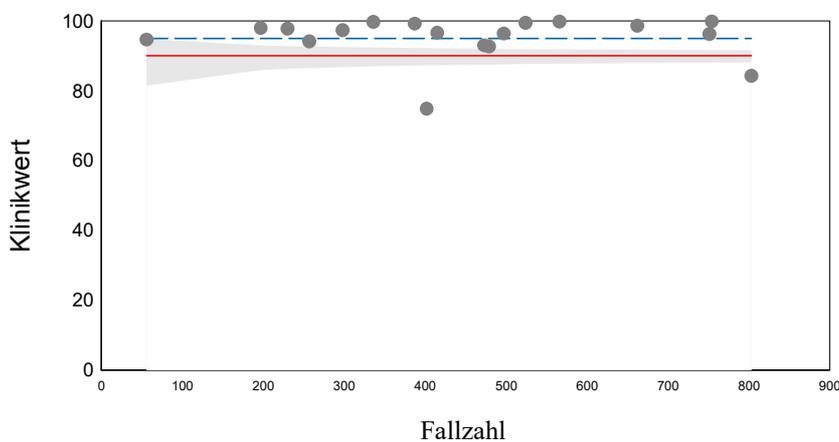
Indikator: ADSR12-004

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	7.840	-	8.304	94,41	93,90 - 94,89	>= 90,00
2022	7.679	-	8.087	94,95	94,46 - 95,41	>= 90,00

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

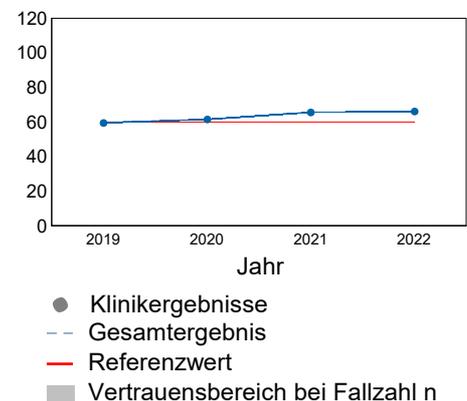
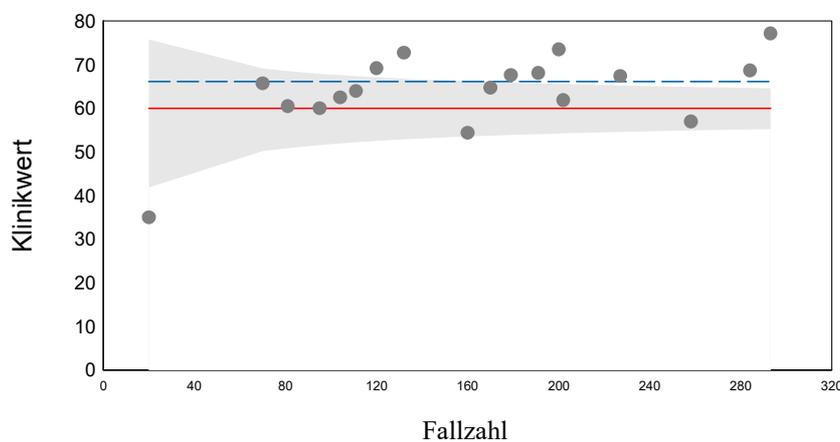
Indikator: ADSR13a-006

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	1.993	-	3.040	65,56	63,85 - 67,23	>= 60,00
2022	1.915	-	2.897	66,10	64,36 - 67,80	>= 60,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Frühzeitige CT-/ MR- / DS-Angiographie

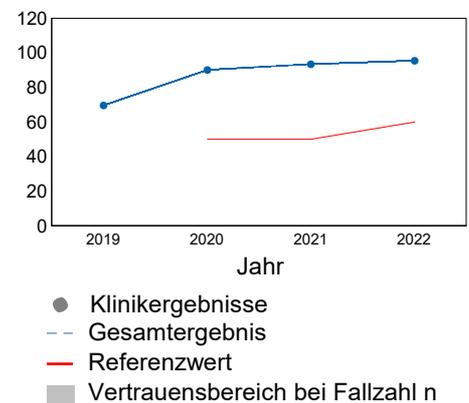
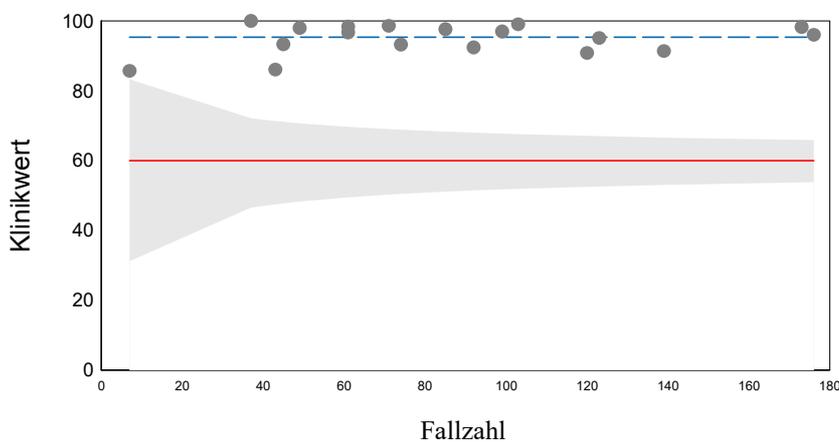
Indikator: ADSR13c-007

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

Jahr	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
2021	1.534	-	1.644	93,31	92,00 - 94,42	>= 50,00
2022	1.486	-	1.558	95,38	94,22 - 96,31	>= 60,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

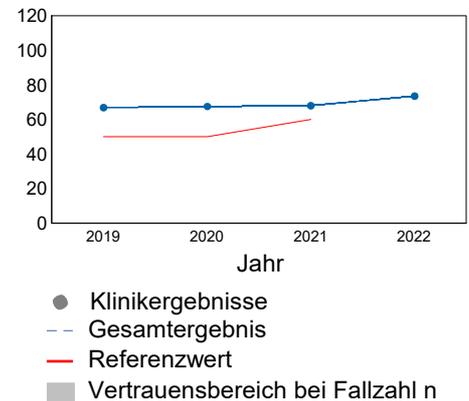
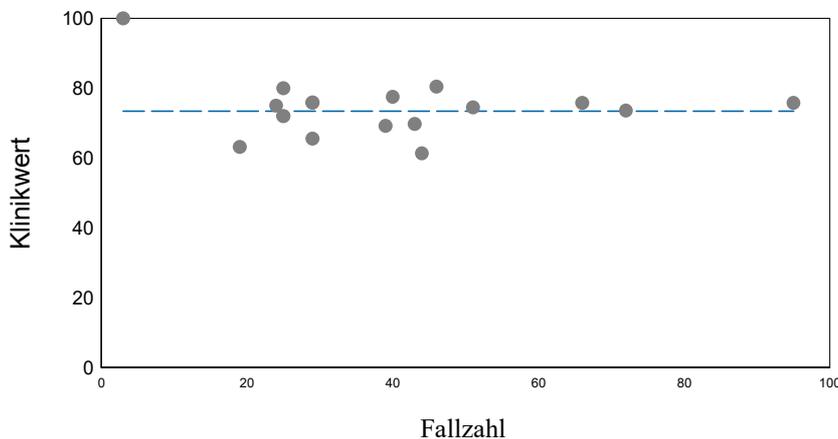
Frühzeitige Thrombolyse (Alter <=80, NIHSS 4-25)

Kennzahl: ADSR14a-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	504	-	754	66,84	63,41 - 70,11	>= 50,00
2020	487	-	722	67,45	63,95 - 70,77	>= 50,00
2021	471	-	694	67,87	64,30 - 71,24	>= 60,00
2022	517	-	704	73,44	70,05 - 76,57	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Fälle mit Thrombolysetherapie im eigenen Haus.

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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Frühzeitige Thrombolyse (nach Protokoll)

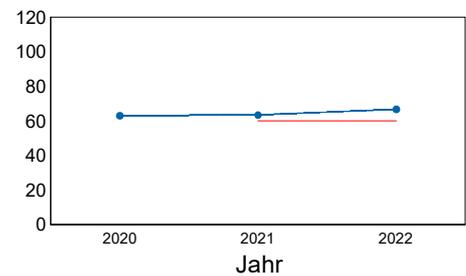
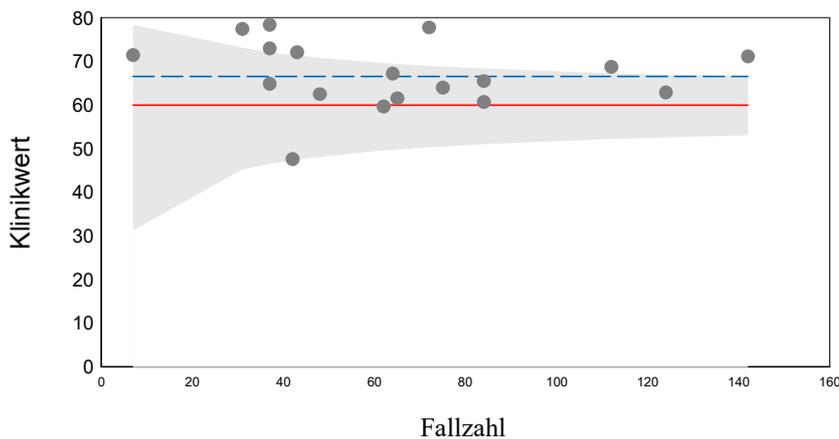
Indikator: ADSR14c-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	757	-	1.203	62,93	60,16 - 65,61	nicht definiert
2021	784	-	1.238	63,33	60,61 - 65,97	>= 60,00
2022	776	-	1.166	66,55	63,79 - 69,20	>= 60,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



- Klinikergebnisse
- Gesamtergebnis
- Referenzwert
- Vertrauensbereich bei Fallzahl n

Ereignis: Fälle mit Thrombolysebehandlung im eigenen Haus.

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

Die intravenöse Thrombolyse wird in einem Zeitfenster bis zu 4,5 Stunden nach Symptombeginn eines ischämischen Schlaganfalls empfohlen. Der Behandlungseffekt ist zeitabhängig, anzustreben ist eine möglichst frühzeitige Thrombolyse. Der Qualitätsindikator bildet die 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

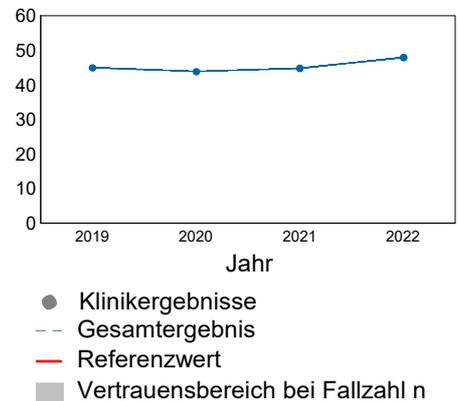
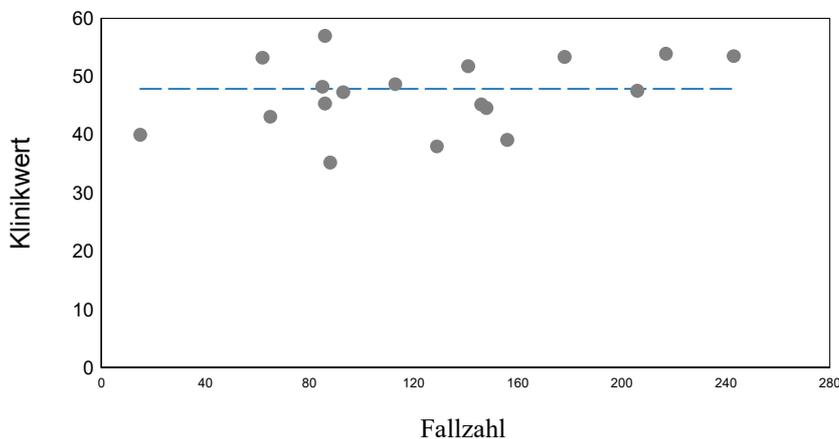
Frühzeitige Thrombolyse (mit Off-Label-Indikationen)

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				
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
2021	1.085	-	2.425	44,74	42,77 - 46,73	nicht definiert
2022	1.081	-	2.257	47,90	45,84 - 49,96	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Fälle mit Thrombolysetherapie im eigenen Haus.

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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Behandlung auf Stroke Unit

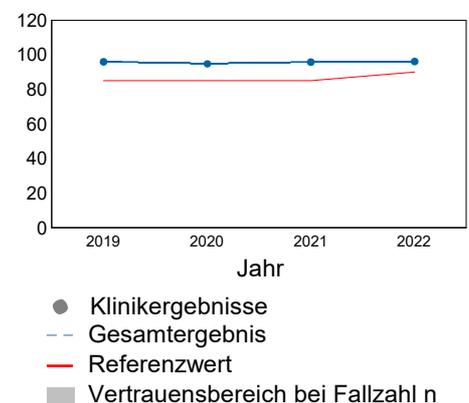
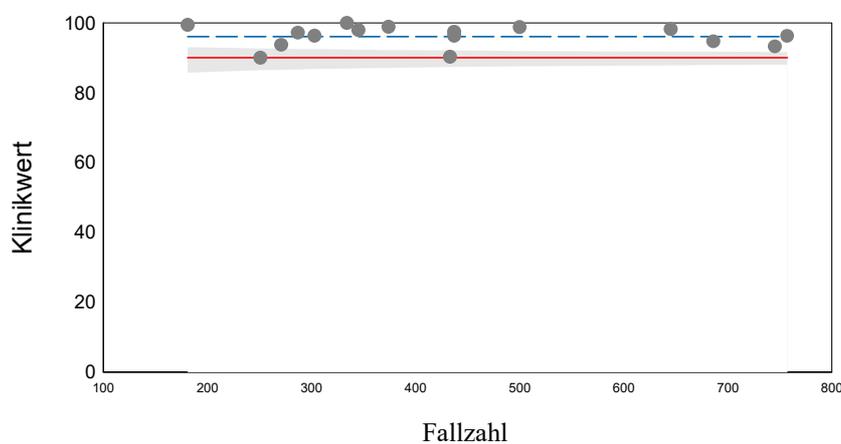
Indikator: ADSR15-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	7.636	-	7.959	95,94	95,49 - 96,35	>= 85,00
2020	7.352	-	7.757	94,78	94,26 - 95,25	>= 85,00
2021	7.227	-	7.539	95,86	95,39 - 96,29	>= 85,00
2022	6.713	-	6.986	96,09	95,61 - 96,52	>= 90,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Fälle die auf einer Stroke Unit behandelt wurden.

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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

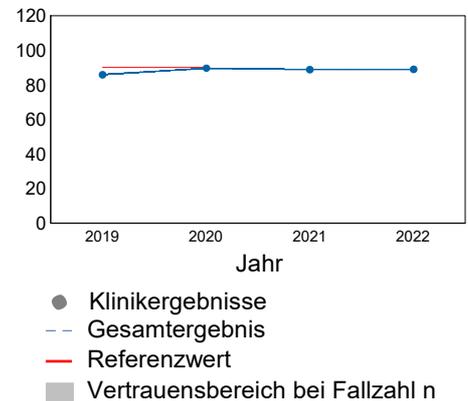
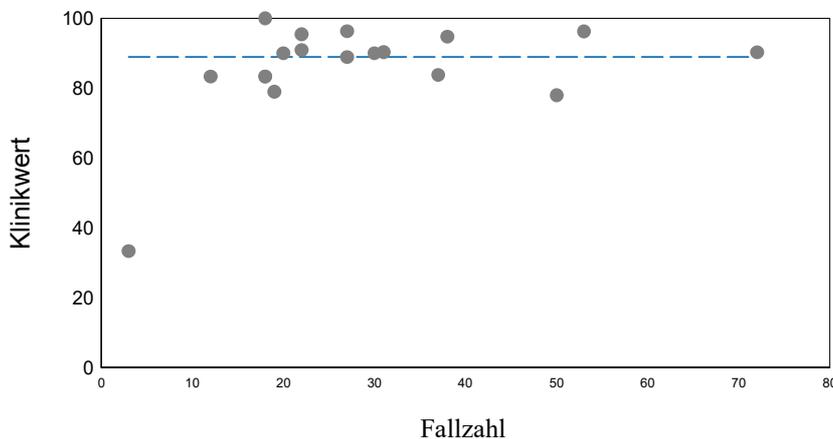
Door to needle time <= 60 min (Alter >= 18 Jahre und <= 80 Jahre, NHISS 4 - 25)

Kennzahl: ADSR16a-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2022	460	-	517	88,97	85,98 - 91,39	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)

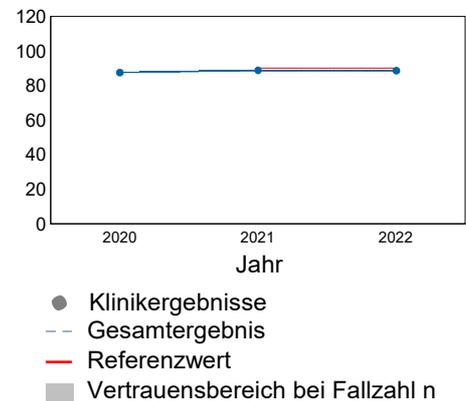
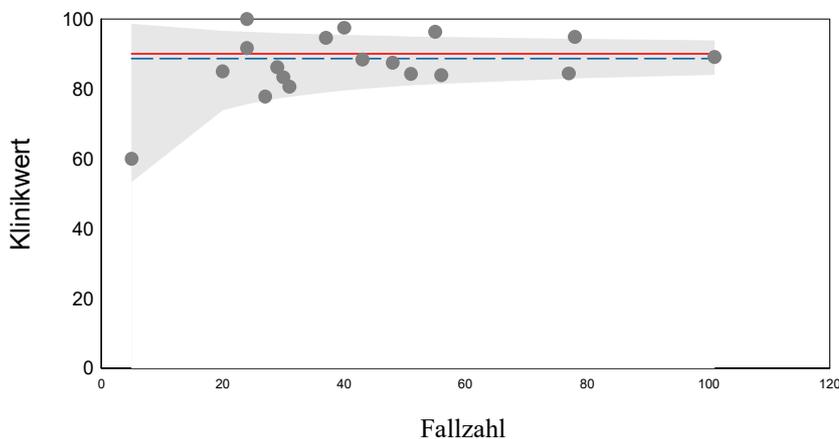
Indikator: ADSR16d-002

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
2022	688	-	776	88,66	86,24 - 90,70	>= 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

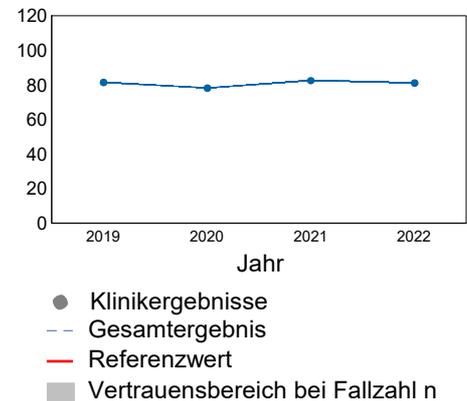
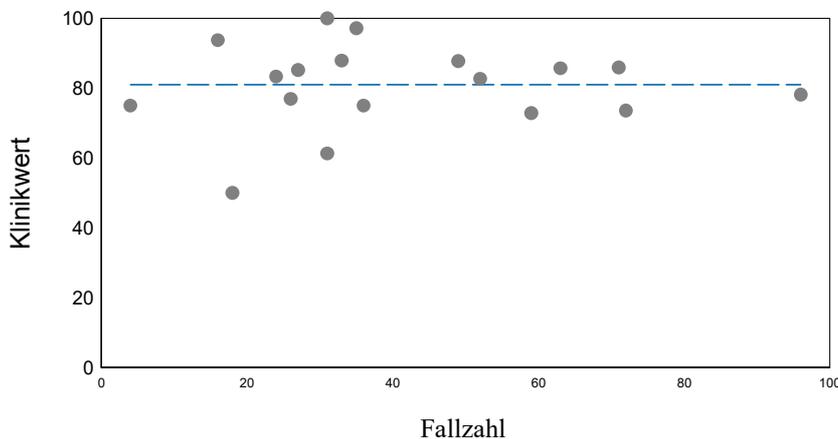
Door to needle time <= 60 min (erweiterte Indikation)

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
2021	637	-	773	82,41	79,56 - 84,93	nicht definiert
2022	602	-	743	81,02	78,05 - 83,68	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

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

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

Dieser Qualitätsindikator entspricht dem Off-Label Use der intravenösen Thrombolyse bezüglich Alter, Zeitintervall Ereignis-Aufnahme und NIHSS.

Die door-to-needle time bei Lyseindikation nach Protokoll (Alter 18-80, NIHSS zwischen 4 und 25, Zeitintervall Ereignis - Aufnahme <= 4) wird komplementär im Indikator ADSR16a-002 dargestellt.

In den Vorjahren erfolgte eine informative Darstellung als Untergruppe "Ebene 2".

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

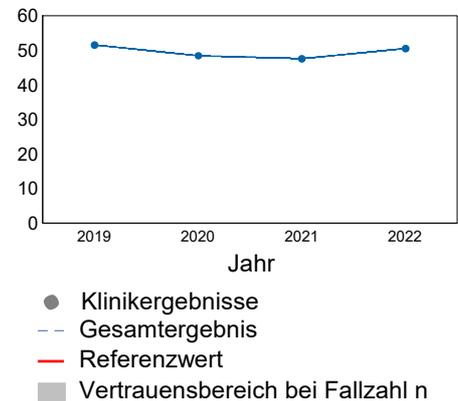
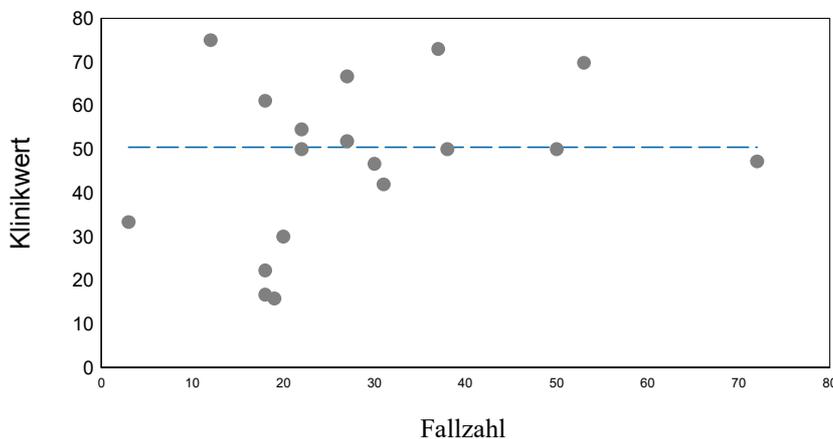
Door to needle time <= 30 min (Alter >= 18 Jahre und <= 80 Jahre, NHISS 4 - 25)

Kennzahl: ADSR16b-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	264	-	513	51,46	47,14 - 55,76	nicht definiert
2020	242	-	500	48,40	44,05 - 52,78	nicht definiert
2021	224	-	471	47,56	43,09 - 52,07	nicht definiert
2022	261	-	517	50,48	46,19 - 54,77	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Karotisrevaskularisation bei symptomatischer Karotisstenose

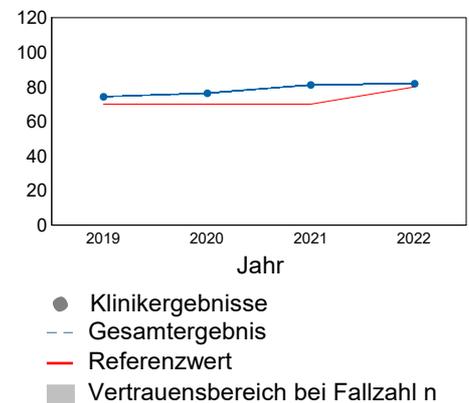
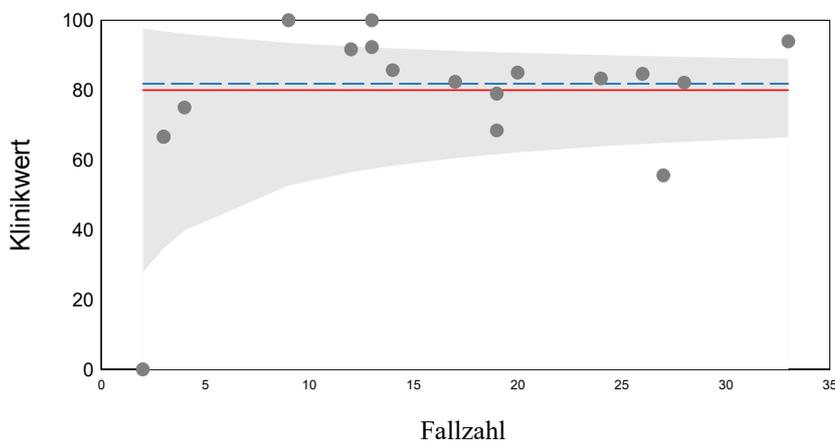
Indikator: ADSR17-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	190	-	256	74,22	68,53 - 79,19	>= 70,00
2020	221	-	290	76,21	70,98 - 80,75	>= 70,00
2021	200	-	247	80,97	75,62 - 85,38	>= 70,00
2022	234	-	286	81,82	76,94 - 85,86	>= 80,00

Das Ergebnis ist unauffällig.

Ergebnisanalyse



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

Fallzahl: Fälle mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA mit Nachweis symptomatischer Karotisstenose ($\geq 70\%$ und $<100\%$) und mit Rankin Scale bei Entlassung ≤ 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

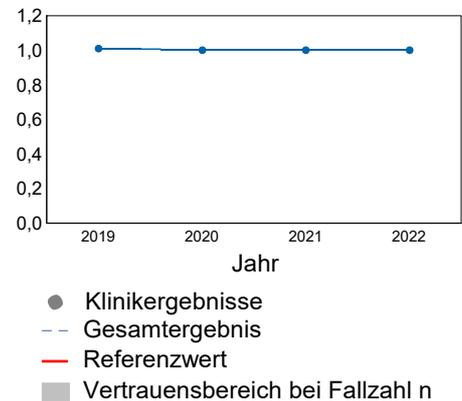
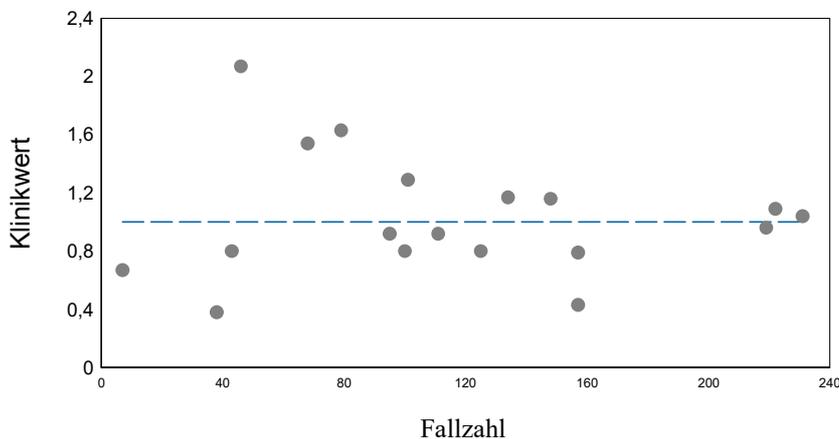
Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts

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				
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
2021	173	173,01	2.026	1,00	0,87 - 1,15	nicht definiert
2022	180	180,01	2.081	1,00	0,87 - 1,15	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
ADSR18c	83	-	1.549	1,00	-	-
ADSR18d	148	-	929	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

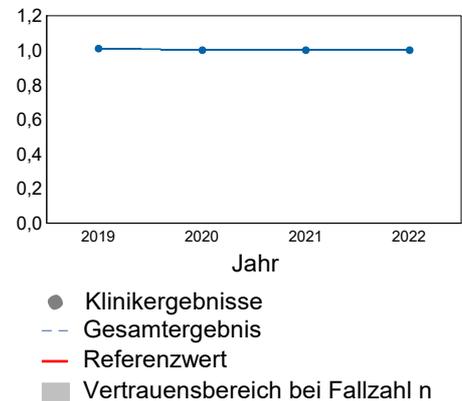
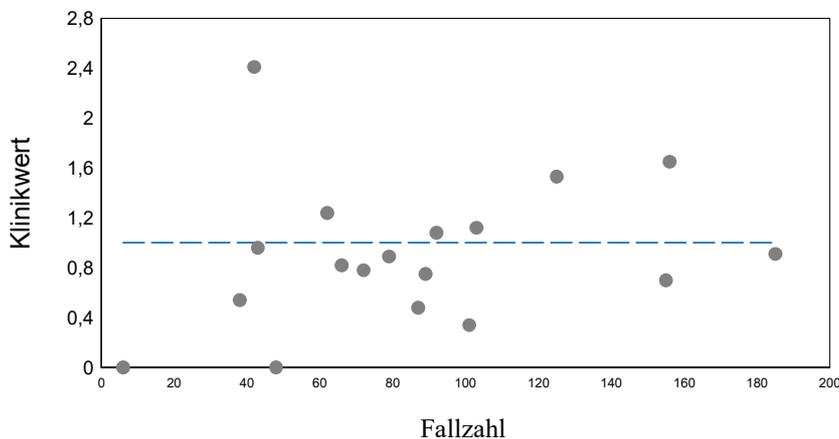
Sterblichkeit nach Thrombolyse

Kennzahl: ADSR18c-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	97	97,00	1.542	1,00	0,82 - 1,21	nicht definiert
2022	83	83,00	1.549	1,00	0,81 - 1,23	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Verstorbene Patienten.

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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

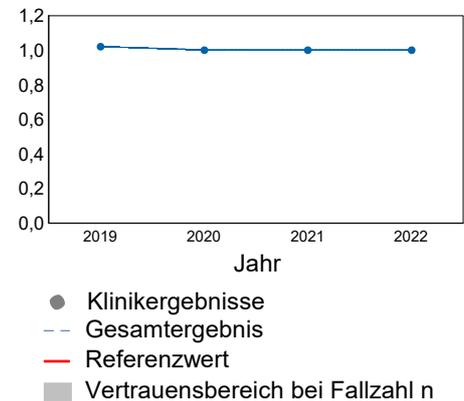
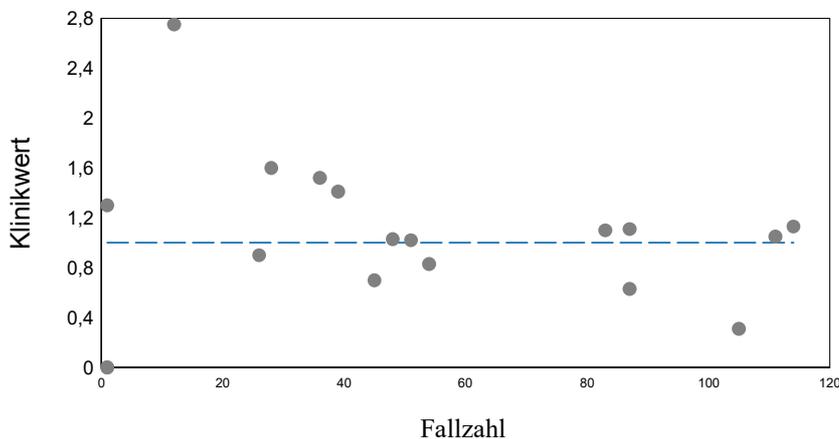
Sterblichkeit nach Thrombektomie

Kennzahl: ADSR18d-003

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	127	127,00	856	1,00	0,85 - 1,17	nicht definiert
2022	148	148,36	929	1,00	0,86 - 1,15	nicht definiert

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

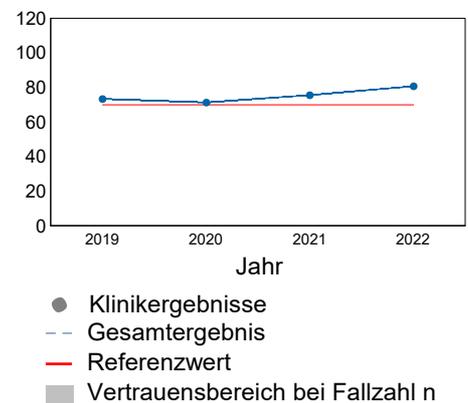
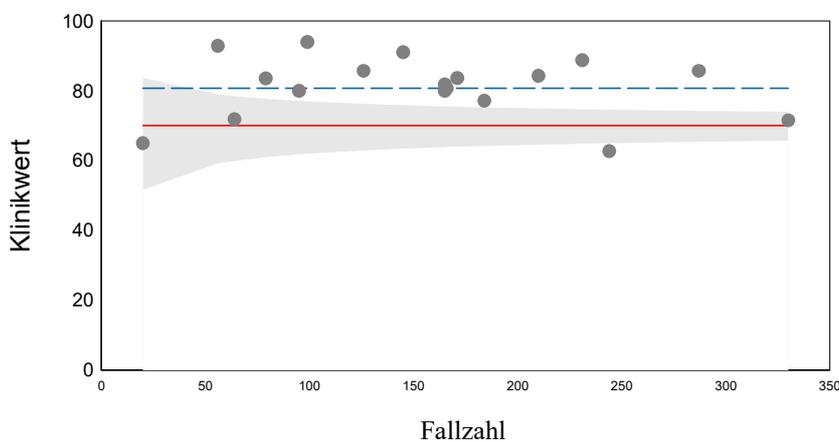
Indikator: ADSR19-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	2.748	-	3.644	75,41	73,99 - 76,78	>= 70,00
2022	2.289	-	2.837	80,68	79,19 - 82,09	>= 70,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Fälle, für die nach Entlassung eine ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation (nach § 40 SGB V) von der Klinik veranlasst wurde (Organisation oder Anmeldung; nicht notwendigerweise direkte Verlegung in die Rehabilitation).

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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe

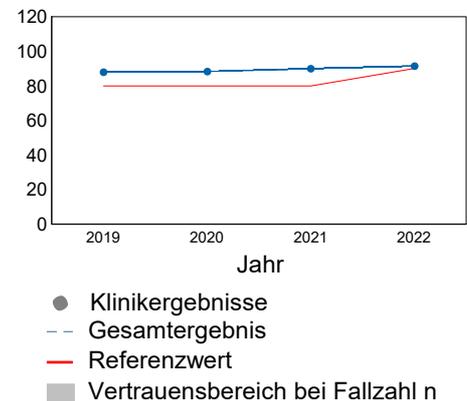
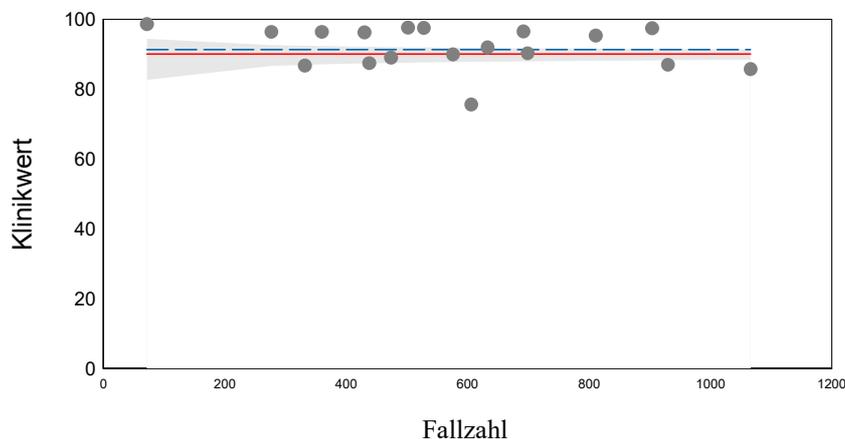
Indikator: ADSR21-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	9.563	-	10.635	89,92	89,33 - 90,48	>= 80,00
2022	9.431	-	10.330	91,30	90,74 - 91,83	>= 90,00

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 zeigen, 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

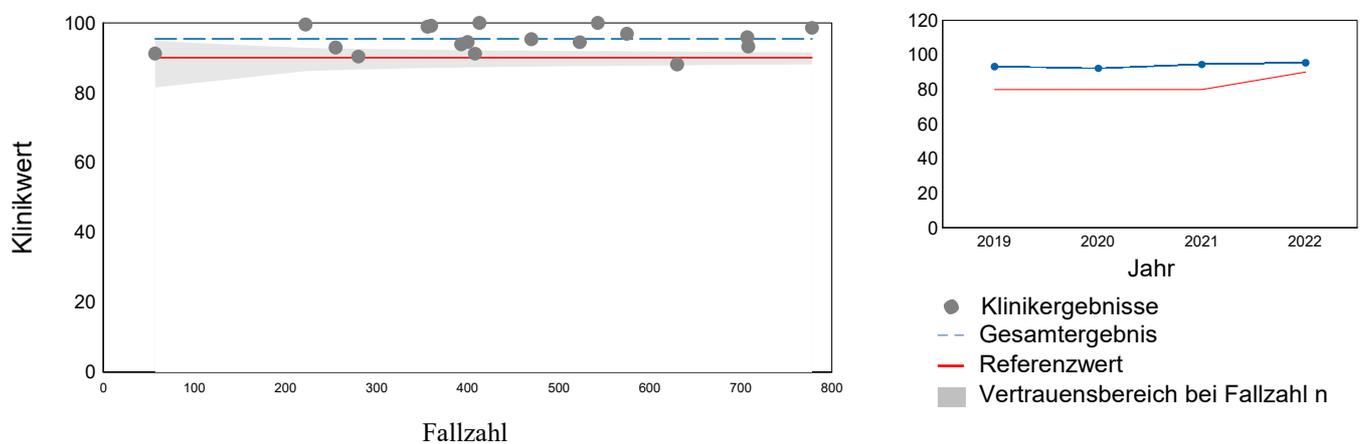
Indikator: ADSR22-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
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
2021	8.179	-	8.663	94,41	93,91 - 94,88	>= 80,00
2022	7.706	-	8.078	95,39	94,92 - 95,83	>= 90,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Fälle mit während des stationären Aufenthaltes durchgeführter Rhythmusdiagnostik.

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

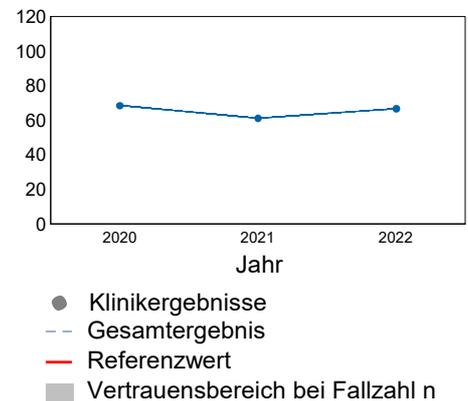
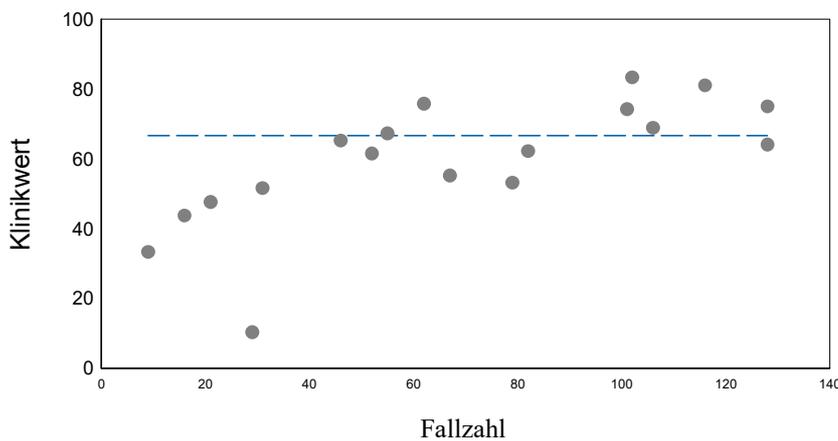
Intraarterielle Therapie

Kennzahl: ADSR23-002

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2020	558	-	816	68,38	65,11 - 71,48	nicht definiert
2021	754	-	1.235	61,05	58,30 - 63,73	nicht definiert
2022	820	-	1.230	66,67	63,98 - 69,25	nicht definiert

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)

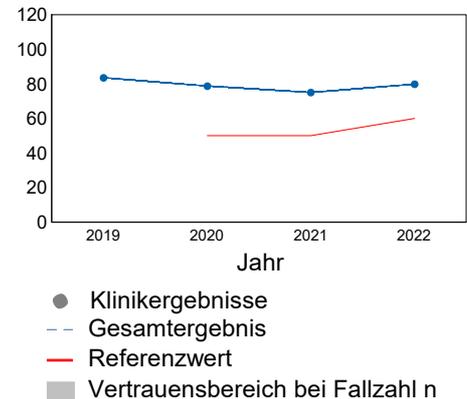
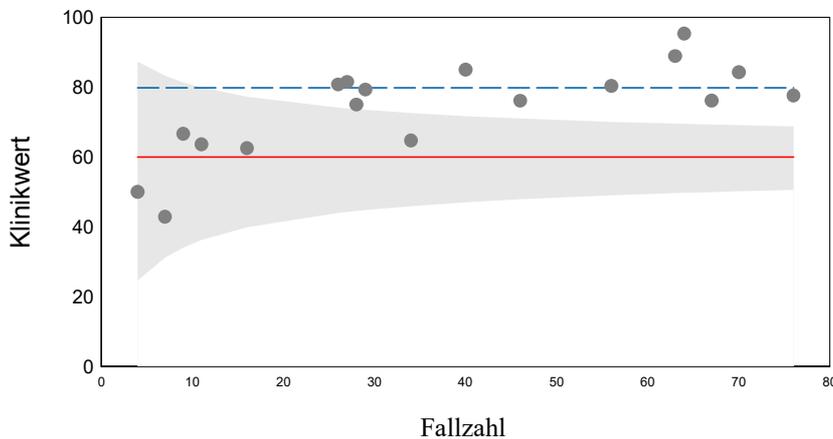
Indikator: ADSR23-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	381	-	457	83,37	79,68 - 86,50	nicht definiert
2020	384	-	488	78,69	74,84 - 82,09	>= 50,00
2021	514	-	686	74,93	71,55 - 78,03	>= 50,00
2022	537	-	673	79,79	76,59 - 82,65	>= 60,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
Verleg.	23	-	673	3,42	-	-
im Haus	514	-	673	76,37	-	-

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

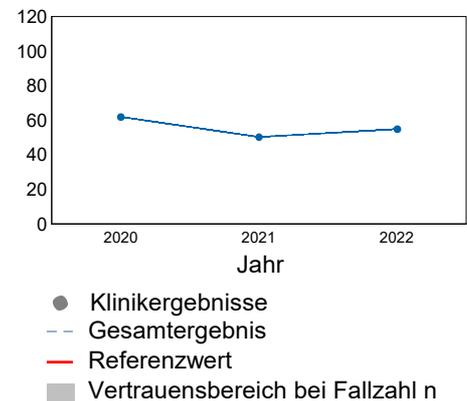
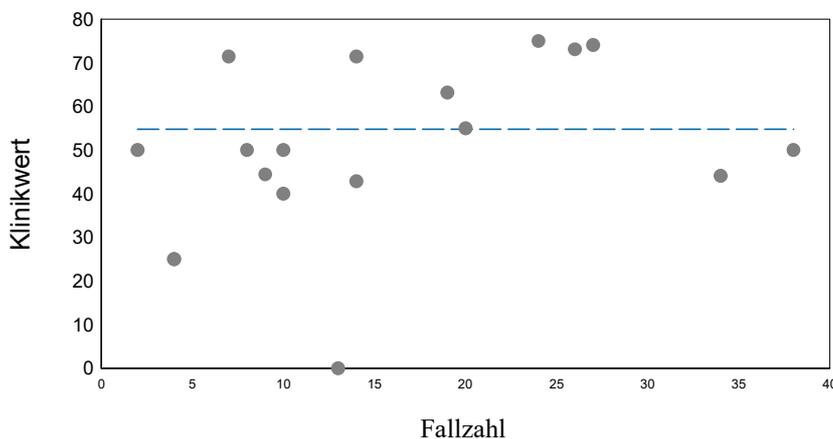
Intraarterielle Therapie (Zeitfenster > 6 – 24h)

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
2021	166	-	331	50,15	44,79 - 55,50	nicht definiert
2022	155	-	283	54,77	48,95 - 60,47	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Door-to-puncture-time <= 90 min

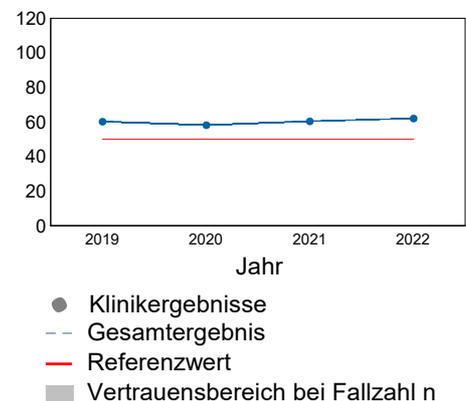
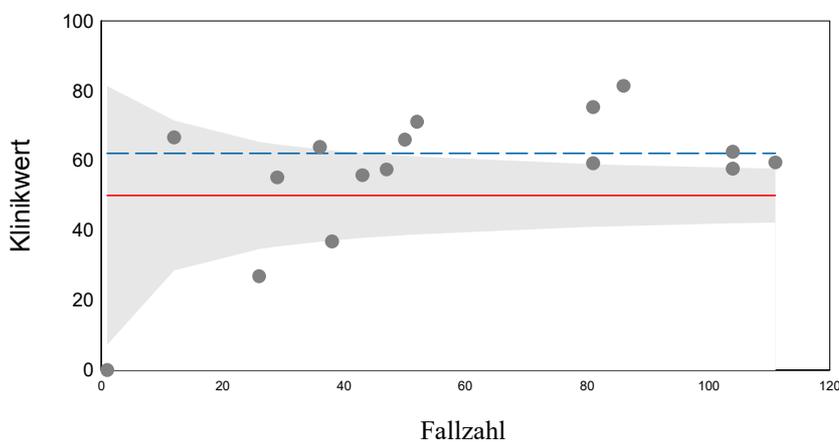
Indikator: ADSR25-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	417	-	693	60,17	56,48 - 63,75	>= 50,00
2020	455	-	783	58,11	54,62 - 61,52	>= 50,00
2021	498	-	826	60,29	56,91 - 63,57	>= 50,00
2022	559	-	901	62,04	58,83 - 65,15	>= 50,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
ADSR25a	441	-	754	58,49	-	-
ADSR25b	118	-	147	80,27	-	-

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

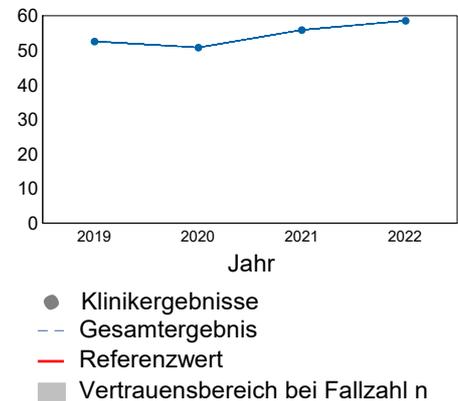
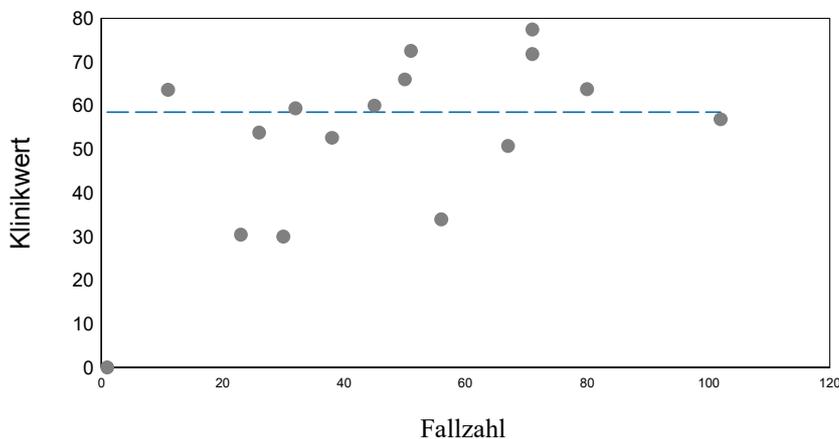
Door-to-puncture-time <= 90 min (Bildgebung bzw. Thrombolyse im eigenen Haus)

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
2021	372	-	666	55,86	52,06 - 59,58	nicht definiert
2022	441	-	754	58,49	54,94 - 61,95	nicht definiert

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

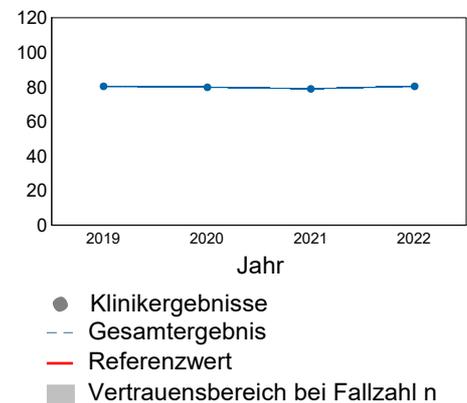
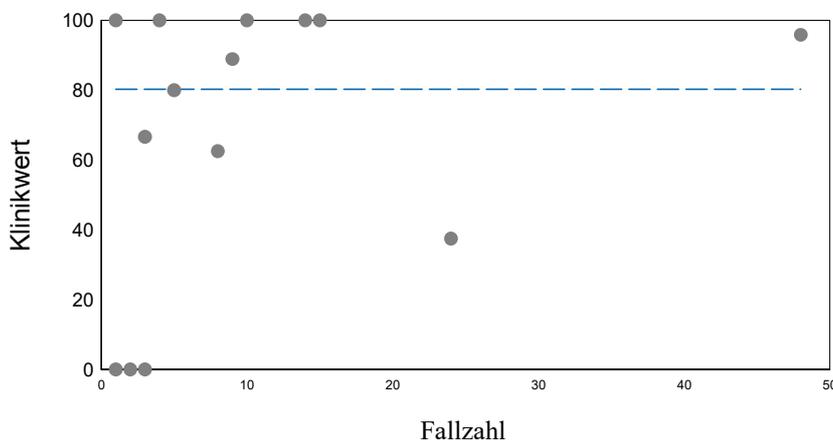
Door-to-puncture-time <= 90 min (Bildgebung bzw. Thrombolyse vor Aufnahme)

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	>= 50,00
2020	158	-	198	79,80	73,66 - 84,80	nicht definiert
2021	126	-	160	78,75	71,78 - 84,38	nicht definiert
2022	118	-	147	80,27	73,10 - 85,90	nicht definiert

Ergebnisanalyse



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

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

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

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

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

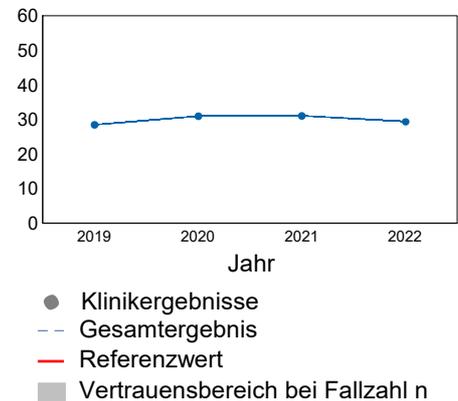
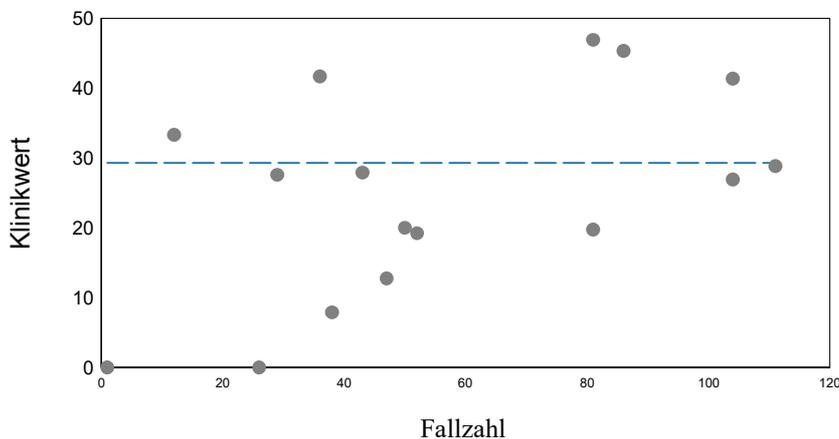
Door-to-puncture-time <= 60 min

Kennzahl: ADSR25c-001

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

Jahr	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
2022	264	-	901	29,30	26,42 - 32,36	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

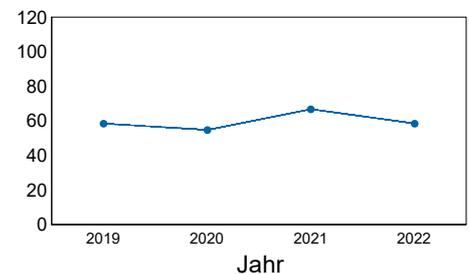
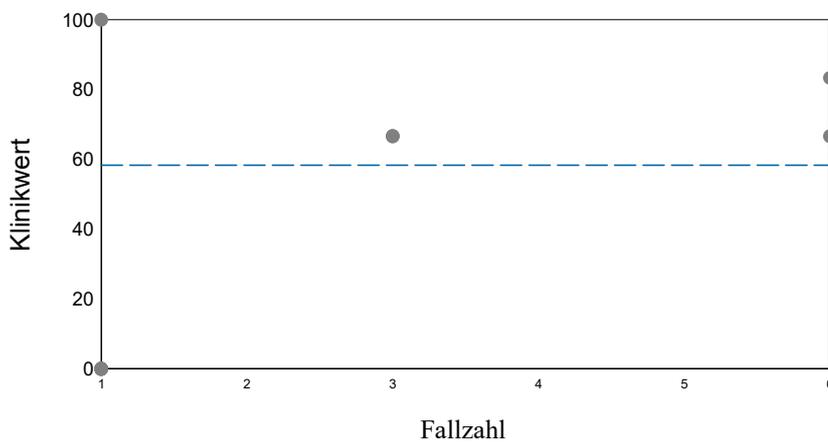
Frühzeitige Verlegung intraarterielle Therapie

Indikator: ADSR26-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	14	-	24	58,33	38,83 - 75,53	>= 50,00
2020	18	-	33	54,55	37,99 - 70,16	nicht definiert
2021	18	-	27	66,67	47,82 - 81,36	nicht definiert
2022	14	-	24	58,33	38,83 - 75,53	nicht definiert

Ergebnisanalyse



- Klinikergebnisse
- Gesamtergebnis
- Referenzwert
- Vertrauensbereich bei Fallzahl n

Ereignis: Fälle mit einem Zeitintervall zwischen Bildgebung und Verlegung <= 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

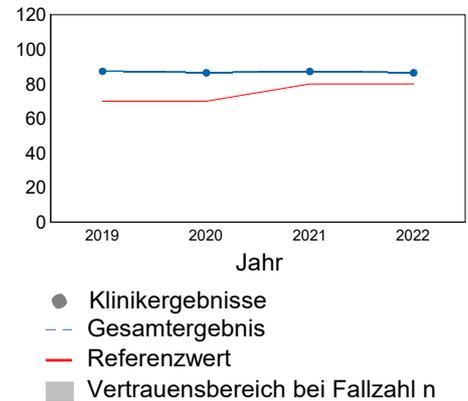
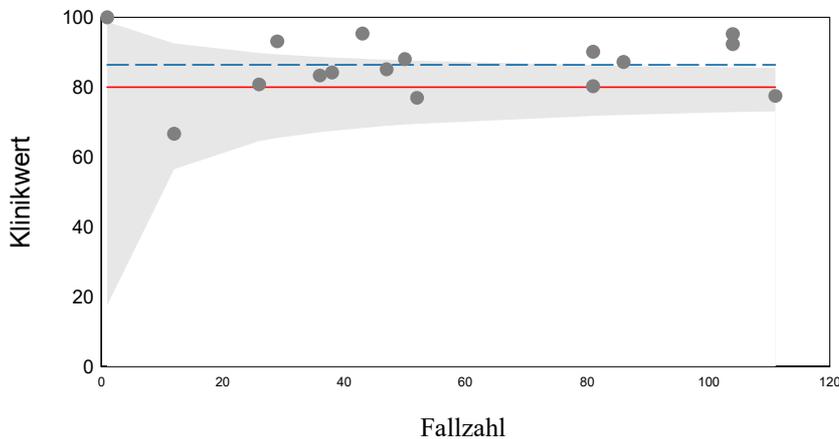
Indikator: ADSR27-001

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

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2019	600	-	688	87,21	84,51 - 89,50	>= 70,00
2020	676	-	783	86,33	83,75 - 88,56	>= 70,00
2021	719	-	826	87,05	84,58 - 89,17	>= 80,00
2022	778	-	901	86,35	83,95 - 88,44	>= 80,00

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

		2022		2021	
		n	%	n	%
		7		11	

2. Dokumentation: Keine Bildgebung

		2022		2021	
		n	%	n	%
		10		14	

3. Dokumentation: Verlegung zur geplanten IAT

		2022		2021	
		n	%	n	%
		42		39	

Basisstatistik » Grundgesamtheit

1. Patienten

	2022		2021	
	n	%	n	%
gesamt	12.130	100,0	12.635	100,0
STROKE-Bogen angelegt / Datensatz in Auswertung berücksichtigt	11.584	95,5	11.975	94,8
Minimaldatensatz dokumentiert (Nicht-Auslösung des Fallbogens)	546	4,5	660	5,2
- Ereignis älter als 7 Tage	338	61,9	368	55,8
- Entlassung/verlegung vor erster Bildgebung	4	0,7	4	0,6
- nur Frührehabilitation	11	2,0	14	2,1
- vor Aufnahme palliative Ziel- setzung festgelegt	28	5,1	17	2,6
- sonstiger Grund	165	30,2	257	38,9

2. Fallzahlen

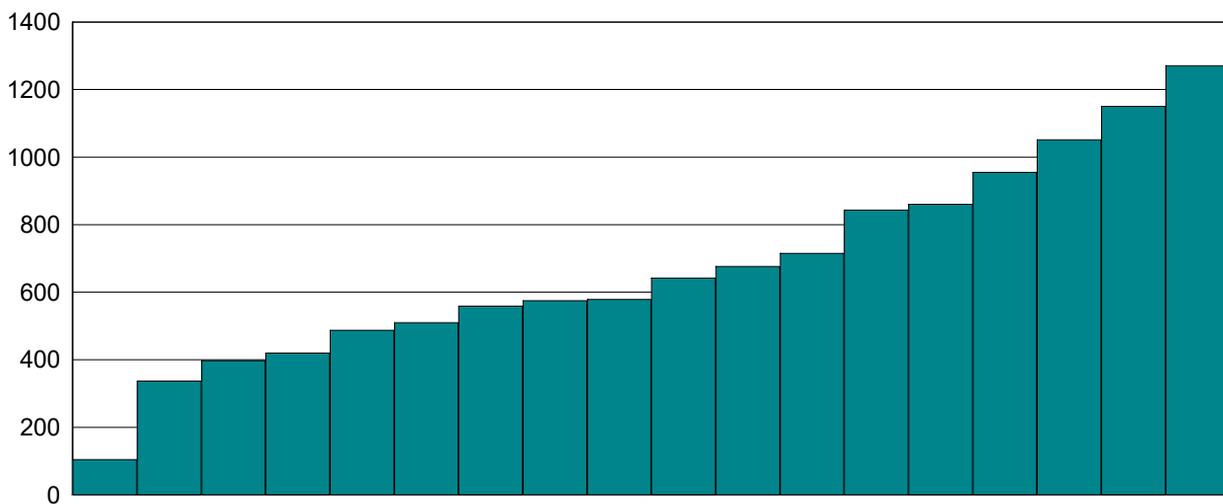
	2022		2021	
	n	%	n	%
gesamt	12.130	100,0	12.635	100,0
1. Quartal	2.927	24,1	2.894	22,9
2. Quartal	3.286	27,1	3.193	25,3
3. Quartal	2.993	24,7	3.272	25,9
4. Quartal	2.924	24,1	3.276	25,9
Überlieger (Aufnahme im Vorjahr und Entlassung im aktuellen Jahr)	172	1,4	170	1,3
STROKE-Bogen angelegt	11.584	95,5	11.975	94,8
1. Quartal	2.804	24,2	2.751	23,0
2. Quartal	3.117	26,9	3.034	25,3
3. Quartal	2.861	24,7	3.074	25,7
4. Quartal	2.802	24,2	3.116	26,0

Basisstatistik » Grundgesamtheit

3. Leistungszahlen

	2022		2021	
	n	%	n	%
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	18	100,0	18	100,0

Fälle pro Daten übermittelnde Klinik/Fachabteilung



Fälle gesamt	12.130	100,0	12.635	100,0
Innere Medizin	78	0,6	59	0,5
- Minimaldatensätze	29	37,2	38	64,4
Neurologie	11.664	96,2	12.009	95,0
- Minimaldatensätze	435	3,7	486	4,0

Basisstatistik » Patienten

1. Alter

	2022		2021	
	n	%	n	%
< 40 Jahre	209	1,8	239	2,0
40 - 49 Jahre	419	3,6	447	3,7
50 - 59 Jahre	1.272	11,0	1.287	10,7
60 - 69 Jahre	2.040	17,6	2.094	17,5
70 - 79 Jahre	3.086	26,6	3.200	26,7
80 - 89 Jahre	3.842	33,2	3.910	32,7
>= 90 Jahre	716	6,2	798	6,7
Mittelwert		73,2		73,2
Median		76,0		76,0

2. Geschlecht

	2022		2021	
	n	%	n	%
männlich	6.176	53,3	6.218	51,9
weiblich	5.398	46,6	5.755	48,1
divers	7	0,1	0	0,0
unbestimmt	3	0,0	2	0,0

Basisstatistik » Patienten

3. ICD - Kodierungen

	2022		2021	
	n	%	n	%
Hirnfarkt (I 63)	8.282	71,5	8.505	71,0
- Thrombose präzerebraler Arterien	839	7,2	796	6,6
- Embolie präzerebraler Arterien	345	3,0	384	3,2
- nicht näher bez. Verschuß oder Stenose präzerebraler Arterien	323	2,8	350	2,9
- Thrombose zerebraler Arterien	1.056	9,1	1.187	9,9
- Embolie zerebraler Arterien	2.702	23,3	2.817	23,5
- nicht näher bez. Verschuß oder Stenose zerebraler Arterien	1.399	12,1	1.419	11,8
- Thrombose der Hirnvenen	6	0,1	4	0,0
- Sonstiger Hirnfarkt	1.236	10,7	1.192	10,0
- Hirnfarkt nicht näher bez.	376	3,2	356	3,0
Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome (G 45)	2.659	23,0	2.723	22,7
- Rückbildung innerhalb 1h	651	5,6	686	5,7
- Rückbildung innerhalb 1 bis 24h	1.821	15,7	1.857	15,5
- Rückbildung n.n.bez.	187	1,6	180	1,5
Intrazerebrale Blutung (I 61)	612	5,3	715	6,0
Schlaganfall nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet (I 64)	7	0,1	11	0,1

Basisstatistik » Aufnahme

1. Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme

	2022		2021	
	n	%	n	%
Aufnahme (kumulativ) innerhalb:				
- 1 h nach Ereignis	753	6,5	911	7,6
- 2 h nach Ereignis	2.615	22,6	2.802	23,4
- 3 h nach Ereignis	3.598	31,1	3.866	32,3
- 4 h nach Ereignis	4.171	36,0	4.468	37,3
- 5 h nach Ereignis	4.649	40,1	4.913	41,0
- 6 h nach Ereignis	5.035	43,5	5.356	44,7
- 9 h nach Ereignis	5.795	50,0		
- 24 h nach Ereignis	7.975	68,8	8.761	73,2
- 48 h nach Ereignis	8.772	75,7	9.721	81,2
über 48 h nach Ereignis	1.380	11,9	1.437	12,0
Inhouse-Stroke	74	0,6	80	0,7
Wake-up Stroke	368	3,2		
keine Angabe möglich	990	8,5	737	6,2

2. Versorgungssituation vor Akutereignis

	2022		2021	
	n	%	n	%
Unabhängig zu Hause	9.361	80,8	9.637	80,5
Pflege zu Hause	1.241	10,7	1.295	10,8
Pflege in Institution	982	8,5	1.043	8,7

Basisstatistik » Erstuntersuchung / Symptome

1. Klinische Symptomatik bei Aufnahme

	2022		2021	
	n	%	n	%
Motorische Ausfälle Extremitäten				
- ja	6.083	52,5	6.219	51,9
- nicht bestimmbar	71	0,6	100	0,8
Sprachstörung				
- ja	2.735	23,6	2.772	23,1
- nicht bestimmbar	241	2,1	296	2,5
Sprechstörung				
- ja	4.053	35,0	4.216	35,2
- nicht bestimmbar	329	2,8	406	3,4
Schluckstörung				
- ja	1.915	16,5	2.156	18,0
- nicht bestimmbar	463	4,0	564	4,7

2. Bewusstseinslage

	2022		2021	
	n	%	n	%
Wach	10.853	93,7	11.148	93,1
Somnolent / Soporös	599	5,2	660	5,5
Komatös	132	1,1	167	1,4

3. Rankin Skala bis 24 Stunden nach Aufnahme

	2022		2021	
	n	%	n	%
Keine Symptome	1.703	14,7	1.870	15,6
Keine wesentliche Funktions- einschränkung	1.759	15,2	1.626	13,6
Geringgradige Funktions- einschränkung	2.061	17,8	2.143	17,9
Mäßiggradige Funktions- einschränkung	2.265	19,6	2.377	19,8
Mittelschwere Funktions- einschränkung	2.267	19,6	2.248	18,8
Schwere Funktionseinschränkung	1.529	13,2	1.711	14,3

Basisstatistik » Diagnostik

1. Bildgebung

ohne Inhouse Ereignisse

	2022		2021	
	n	%	n	%
Bildgebung:				
- keine Bildgebung erfolgt	10	0,1	14	0,1
- erste Bildgebung vor Aufnahme	1.218	10,6	1.431	12,0
- erste Bildgebung im eigenen Haus	10.282	89,3	10.450	87,9
• innerhalb 30 Minuten	4.292	41,7	4.097	39,2
• innerhalb 60 Minuten	5.999	58,3	5.970	57,1
• innerhalb 3 Stunden	8.473	82,4	8.858	84,8
• innerhalb 6 Stunden	9.474	92,1	9.941	95,1
• nach mehr als 6 Stunden	502	4,9	509	4,9
• Mittelwert		3809,9		153,6
• Median		37,0		45,0
• Fehlkodierung der Zeitangaben	337	3,3	42	0,4

2. NIH Stroke Skala bei Aufnahme

	2022		2021	
	n	%	n	%
Bildgebung durchgeführt	11.574	99,9	11.961	99,9
NIH-Stroke Skala:				
0 - 4 Punkte	7.550	65,2	7.841	65,6
5 - 15 Punkte	3.008	26,0	3.035	25,4
16 - 25 Punkte	875	7,6	882	7,4
26 - 42 Punkte	141	1,2	203	1,7
0 - 25 Punkte	11.433	98,8	11.758	98,3
Mittelwert		5,0		5,1
Median		3,0		3,0

Basisstatistik » Diagnostik

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Bildgebung durchgeführt	11.574	99,9	11.961	99,9
Angiographie:				
- vor Aufnahme	750	6,5	755	6,3
- direkt im Anschluss an native Bildgebung	8.406	72,6	8.180	68,4
- nicht direkt im Anschluss aber spät. am Folgetag nach Aufnahme	928	8,0	998	8,3
- nicht direkt im Anschluss und später als am Folgetag der Aufnahme	351	3,0	434	3,6
- nicht durchgeführt	1.139	9,8	1.594	13,3

4. Doppler / Duplex

	2022		2021	
	n	%	n	%
vor Aufnahme	91	0,8	57	0,5
im eigenen Haus durchgeführt:	9.475	81,8	9.471	79,1
- spätestens am Folgetag nach Aufn.	7.425	64,1		
- später als am Folgetag nach Aufn.	2.050	17,7		
nicht durchgeführt	2.018	17,4	2.447	20,4

5. Gefäßverschluss

	2022		2021	
	n	%	n	%
Angiographie oder Doppler/Duplex Diagnostik vor Aufnahme oder im eigenen Haus innerhalb 24h	10.697	100,0	11.061	100,0
Gefäßverschluss	1.927	18,0	1.914	17,3
- Carotis-T	277	14,0	240	12,2
- M1	587	29,8	587	29,8
- M2	412	20,9	439	22,3
- BA	77	3,9	87	4,4
- Sonstige	800	40,6	777	39,4

Basisstatistik » Thrombolyse / Rekanalisation

1. Thrombolyse / mechanische Rekanalisation

bei Patienten mit Hirninfarkt

	2022		2021	
	n	%	n	%
Thrombolyse / IAT im eigenen Haus	1.879	22,7	1.807	21,2
- nur systemische Thrombolyse	978	11,8	981	11,5
- nur Intraarterielle Therapie	619	7,5	563	6,6
- Thrombolyse und IAT	282	3,4	263	3,1

2. Systemische Thrombolyse

bei Patienten mit Hirninfarkt

	2022		2021	
	n	%	n	%
vor Aufnahme	300	3,6	314	3,7
im eigenen Haus	1.260	15,2	1.244	14,6
• Zeitintervall Aufnahme und Beginn der Lyse (kumulativ), ohne Inhouse-Stroke	1.239	15,0	1.220	14,3
- innerhalb 30 Minuten	522	42,1	495	40,6
- innerhalb 60 Minuten	1.031	83,2	1.036	84,9
- innerhalb 120 Minuten	1.187	95,8	1.186	97,2
- innerhalb 180 Minuten	1.206	97,3	1.200	98,4
- innerhalb 240 Minuten	1.211	97,7	1.203	98,6
- nach 4 - 6 Stunden	2	0,2	3	0,2
- nach mehr als 6 Stunden	13	1,0	14	1,1
- Mittelwert in Minuten		1224,4		62,2
- Median in Minuten		34,0		34,0
• Zeitintervall Ereigniszeitpunkt und Beginn der Lyse (kumulativ) bei Inhouse-Stroke	21	0,3	24	0,3
- innerhalb 30 Minuten	8	38,1	8	33,3
- innerhalb 60 Minuten	18	85,7	18	75,0
- innerhalb 120 Minuten	21	100,0	21	87,5
- innerhalb 180 Minuten	21	100,0	23	95,8
- innerhalb 240 Minuten	21	100,0	23	95,8
- nach 4 - 6 Stunden	0	0,0	0	0,0
- nach mehr als 6 Stunden	0	0,0	0	0,0
- Mittelwert in Minuten		40,9		48,1
- Median in Minuten		37,0		38,0
Verlegung zur Thrombolyse	0	0,0	1	0,0

Basisstatistik » Thrombolyse / Rekanalisation

3. Intraarterielle Therapie (IAT)

bei Patienten mit Hirninfarkt

	2022		2021	
	n	%	n	%
vor Aufnahme	31	0,4	30	0,4
IAT im eigenen Haus	901	10,9	826	9,7
Zeitintervall Aufnahme und Punktion der Leiste (kumulativ)				
ohne Inhouse-Stroke				
- innerhalb 030 Minuten	57	6,5	60	7,4
- innerhalb 060 Minuten	261	29,6	255	31,3
- innerhalb 120 Minuten	702	79,5	660	80,9
- innerhalb 180 Minuten	803	90,9	746	91,4
- innerhalb 240 Minuten	831	94,1	765	93,8
- nach 4 - 6 Stunden	13	1,5	11	1,3
- nach mehr als 6 Stunden	39	4,4	40	4,9
- Mittelwert in Minuten		218,4		233,0
- Median in Minuten		80,0		81,0
Zeitintervall Aufnahme und Punktion der Leiste (kumulativ)				
bei Inhouse-Stroke				
- innerhalb 030 Minuten	0	0,0	0	0,0
- innerhalb 060 Minuten	2	11,1	1	10,0
- innerhalb 120 Minuten	8	44,4	7	70,0
- innerhalb 180 Minuten	12	66,7	9	90,0
- innerhalb 240 Minuten	13	72,2	9	90,0
- nach 4 - 6 Stunden	3	16,7	0	0,0
- nach mehr als 6 Stunden	1	5,6	0	0,0
- Mittelwert in Minuten		271,9		98,9
- Median in Minuten		127,5		87,0
Erfolgreiche Rekanalisation	778	86,3	719	87,0
Verlegung zur IAT	42	0,5	39	0,5

Basisstatistik » Thrombolyse / Rekanalisation

4. Thrombolyse / Rekanalisation nach Zeitintervall Ereignis - Aufnahme

Pat. mit Hirninfarkt

	2022		2021	
	n	%	n	%
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme <= 1 Stunde	489	5,9	581	6,8
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	291	59,5	342	58,9
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 1 bis 2 Stunden	1.175	14,2	1.183	13,9
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	607	51,7	541	45,7
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 2 bis 3 Stunden	610	7,4	669	7,9
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	281	46,1	296	44,2
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 3 bis 3.5 Stunden	361	4,4	398	4,7
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	143	39,6	139	34,9
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 3.5 bis 4 Stunden	308	3,7	292	3,4
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	53	17,2	56	19,2
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 4 bis 6 Stunden	263	3,2	294	3,5
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	41	15,6	45	15,3
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 6 bis 9 Stunden	533	6,4		
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	78	14,6		
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 9 bis 24 Stunden	1.635	19,7		
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	142	8,7		
Pat. mit Intervall Ereignis bis Aufnahme 24 bis 48 Stunden	643	7,8	752	8,8
- Thrombolyse / Rekanalisation durchgeführt	9	1,4	15	2,0

Basisstatistik » Verlegung innerhalb 12 Stunden

1. Verlegung

	2022		2021	
	n	%	n	%
Verlegung extern innerhalb von 12 h nach Primärdiagnostik/-therapie	90	0,8	85	0,7
- mit späterer Rückübernahme	38	0,3		
- ohne spätere Rückübernahme	52	0,4		
erste Bildgebung im eigenen Haus	79	87,8	76	89,4
Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung:				
• unter 30 Min	0	0,0	2	2,6
• 30 - < 60 Minuten	9	11,4	12	15,8
• 60 - < 75 Minuten	5	6,3	4	5,3
• 75 - < 120 Minuten	6	7,6	7	9,2
• 120 Minuten und länger	4	5,1	2	2,6
keine Verlegung / nach 12h verlegt	11.494	99,2	11.890	99,3

Basisstatistik » Behinderung bei Aufnahme

Bezug: nicht verlegte Patienten

1. Barthel Index bei Aufnahme

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Blasenkontrolle				
- kontinent	8.373	72,6	8.370	70,2
- gelegentlicher Verlust	1.126	9,8	1.293	10,8
- inkontinent	2.033	17,6	2.259	18,9
Lagewechsel Bett-Stuhl				
- vollständig selbständig	5.969	51,8	6.152	51,6
- geringe Unterstützung	1.969	17,1	2.022	17,0
- große Unterstützung	1.763	15,3	1.738	14,6
- vollständig abhängig	1.831	15,9	2.010	16,9
Fortbewegung				
- vollständig selbständig	4.899	42,5	5.048	42,3
- geringe Unterstützung	2.360	20,5	2.390	20,0
- große Unterstützung	1.715	14,9	1.730	14,5
- vollständig abhängig	2.558	22,2	2.754	23,1
Mittelwert (Barthel Score)		67,9		67,0

Basisstatistik » Weitere Diagnostik

Bezug: nicht verlegte Patienten

1. Schlucktestung nach Ereignis

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Schlucktest nach Protokoll:				
- nein	765	6,6	901	7,6
- ja	10.628	92,2	10.847	91,0
- nicht durchführbar	0	0,0	0	0,0

2. Ipsilaterale ACI-Stenose (NASCET)

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
nein	10.118	87,7	10.324	86,6
< 50%	238	2,1	262	2,2
50% - 69%	173	1,5	222	1,9
70% - 99%	402	3,5	365	3,1
Verschuß (100%)	290	2,5	274	2,3
nicht untersucht	311	2,7	475	4,0

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

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
ja	10.343	89,7	10.613	89,0
nein	1.189	10,3	1.309	11,0

Basisstatistik » Risikofaktoren

Bezug: nicht verlegte Patienten

1. Komorbidität

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Diabetes mellitus	3.315	28,7	3.471	29,1
Vorhofflimmern	3.056	26,5	3.237	27,2
- vorbekannt	2.321	20,1	2.434	20,4
- neu diagnostiziert	735	6,4	803	6,7
Früherer Schlaganfall	3.278	28,4	3.360	28,2
Hypertonie	9.234	80,1	9.610	80,6

Basisstatistik » Therapiemaßnahmen / Frühe Sekundärprävention

Bezug: nicht verlegte Patienten

1. Therapiemaßnahmen / Frühe Sekundärprävention

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Antikoagulation (inkl. Empfehlung im Entlassungsbrief)	3.119	27,0	3.236	27,1
- Vit. K-Antagonisten	235	2,0	281	2,4
- NOAK(neue orale Antikoagulantien)	2.884	25,0	2.955	24,8

2. Beatmung

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
ja	585	5,1	571	4,8

3. Operative Revaskularisierung der ACI

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Ipsilaterale ACI-Stenose (NASCET) 50%-99%	575	5,0	587	4,9
operativ Revaskularisation veranlasst:				
- ja	387	67,3	356	60,6
- Nein	188	32,7	231	39,4
Ipsilaterale ACI-Stenose (NASCET) 70%-99%	402	3,5	365	3,1
operativ Revaskularisation veranlasst:				
- ja	317	78,9	277	75,9
- Nein	85	21,1	88	24,1

Basisstatistik » Therapie

Bezug: nicht verletzte Patienten

1. Physiotherapie

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
- bis 2 Tage nach Aufnahme	10.373	89,9	10.402	87,3
- ab Tag 3 nach Aufnahme	173	1,5	279	2,3
- Keine Physiotherapie	986	8,6	1.241	10,4

2. Logopädie

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
- bis 2 Tage nach Aufnahme	9.416	81,7	9.227	77,4
- ab Tag 3 nach Aufnahme	179	1,6	274	2,3
- Keine Logopädie	1.937	16,8	2.421	20,3

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	11.532	100,0	11.922	100,0
- Keine Komplikationen	9.221	80,0	9.682	81,2
- Pneumonie	634	5,5	575	4,8
- Erhöhter Hirndruck	93	0,8	105	0,9
- Intrazerebrale Blutung	77	0,7	104	0,9
- Sonstige Komplikationen	1.827	15,8	1.751	14,7
Patienten mit TIA	2.650	100,0	2.718	100,0
- Keine Komplikationen	2.477	93,5	2.556	94,0
- Pneumonie	8	0,3	14	0,5
- Erhöhter Hirndruck	2	0,1	0	0,0
- Intrazerebrale Blutung	0	0,0	0	0,0
- Sonstige Komplikationen	165	6,2	149	5,5
Patienten mit Hirninfarkt	8.246	100,0	8.473	100,0
- Keine Komplikationen	6.378	77,3	6.709	79,2
- Pneumonie	544	6,6	458	5,4
- Erhöhter Hirndruck	64	0,8	60	0,7
- Intrazerebrale Blutung	51	0,6	72	0,8
- Sonstige Komplikationen	1.472	17,9	1.402	16,5
Patienten mit intrazerebraler Blutung	605	100,0	699	100,0
- Keine Komplikationen	343	56,7	392	56,1
- Pneumonie	82	13,6	100	14,3
- Erhöhter Hirndruck	27	4,5	45	6,4
- Intrazerebrale Blutung	26	4,3	32	4,6
- Sonstige Komplikationen	182	30,1	195	27,9

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
- Keine Symptome	3.241	28,1	3.321	27,9
- Keine wesentliche Funktions- einschränkung	2.141	18,6	2.105	17,7
- Geringgradige Funktions- einschränkung	1.903	16,5	1.955	16,4
- Mäßiggradige Funktions- einschränkung	1.561	13,5	1.642	13,8
- Mittelschwere Funktions- einschränkung	1.341	11,6	1.464	12,3
- Schwere Funktionseinschränkung	683	5,9	788	6,6
- Tod	662	5,7	647	5,4

2. Barthel Index bei Entlassung

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Lebend entlassene Patienten	10.870	94,3	11.275	94,6
Blasenkontrolle				
- kontinent	8.584	79,0	8.649	76,7
- gelegentlicher Verlust	1.027	9,4	1.131	10,0
- inkontinent	1.259	11,6	1.495	13,3
Transfer Bett - Stuhl				
- vollständig selbständig	7.216	66,4	7.461	66,2
- geringe Unterstützung	1.635	15,0	1.575	14,0
- große Unterstützung	1.217	11,2	1.256	11,1
- vollständig abhängig	802	7,4	983	8,7
Fortbewegung				
- vollständig selbständig	6.263	57,6	6.496	57,6
- geringe Unterstützung	2.121	19,5	2.005	17,8
- große Unterstützung	1.196	11,0	1.299	11,5
- vollständig abhängig	1.290	11,9	1.475	13,1
Mittelwert (Barthel Score)		78,8		77,6

Basisstatistik » Behinderung bei Entlassung

Bezug: nicht verlegte Patienten

3. Barthel Summenscore

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	11.532	100,0	11.922	100,0
Mittlerer Barthel Score Aufnahme		67,9		67,0
Lebend entlassene Patienten	10.870	94,3	11.275	94,6
Mittlerer Barthel Score Aufnahme		71,2		70,2
Mittlerer Barthel Score Entlass.		78,8		77,6
Mittelwert Differenz Aufn./Entl.		7,6		7,4
- bei TIA		3,3		3,1
- bei Hirninfarkt		9,0		8,8
- bei intrazerebraler Blutung		9,0		7,1

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Statine				
- nein	1.215	11,2	1.464	13,0
- ja	9.655	88,8	9.811	87,0

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
Nicht verstorbene Patienten	10.870	100,0	11.275	100,0
- ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst	5.689	52,3	5.588	49,6

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

	2022		2021	
	n	%	n	%
ja	52	0,5	75	0,7
nein	10.818	99,5	11.200	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

	2022		2021	
	n	%	n	%
ja	10.213	94,0	10.536	93,4
nein	657	6,0	739	6,6

Basisstatistik » Entlassung

4. Entlassung / Verlegung

	2022		2021	
	n	%	n	%
Patienten gesamt	11.584	100,0	11.975	100,0
- nach Hause	8.177	70,6	8.174	68,3
- anderes (Akut-) Krankenhaus	1.587	13,7	1.790	14,9
- Rehabilitationseinrichtung	1.565	13,5	1.755	14,7
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	207	1,8	202	1,7
- Patient verstorben	662	5,7	647	5,4
• ohne Patientverfügung	152	23,0	155	24,0
Patienten mit TIA	2.659	100,0	2.723	100,0
- nach Hause	2.498	93,9	2.547	93,5
- anderes (Akut-) Krankenhaus	84	3,2	120	4,4
- Rehabilitationseinrichtung	84	3,2	115	4,2
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	39	1,5	27	1,0
- Patient verstorben	7	0,3	3	0,1
Patienten mit Hirninfarkt	8.282	100,0	8.505	100,0
- nach Hause	5.449	65,8	5.373	63,2
- anderes (Akut-) Krankenhaus	1.341	16,2	1.479	17,4
- Rehabilitationseinrichtung	1.323	16,0	1.454	17,1
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	155	1,9	166	2,0
- Patient verstorben	516	6,2	487	5,7
Patienten mit intrazerebraler Blutung	612	100,0	715	100,0
- nach Hause	210	34,3	229	32,0
- anderes (Akut-) Krankenhaus	158	25,8	187	26,2
- Rehabilitationseinrichtung	154	25,2	182	25,5
- Pflegeeinrichtung/Pflegeheim	13	2,1	9	1,3
- Patient verstorben	136	22,2	155	21,7

Basisstatistik » Entlassung

5. Verweildauer

	2022		2021	
	n	%	n	%
Patienten gesamt				
- Mittelwert (Tage)		7,9		7,8
- Median (Tage)		5,0		5,0
Patienten mit TIA				
- Mittelwert (Tage)		4,2		4,3
- Median (Tage)		3,0		4,0
Patienten mit Hirninfarkt				
- Mittelwert (Tage)		8,9		8,6
- Median (Tage)		6,0		6,0
Patienten mit Intrazerebr. Blutung				
- Mittelwert (Tage)		11,4		10,9
- Median (Tage)		8,0		8,0
Patienten mit Entlassung / Verlegung / Tod am Aufnahmetag	91	0,8	102	0,9