

# **Qualitätsindikatoren-Datenbank 2019**

## **Modul 80/1 Schlaganfallversorgung (inkl. Pflege) Baden-Württemberg**

**Inhalt**

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Schlaganfallversorgung .....                                                                   | 2  |
| Aufnahme .....                                                                                 | 3  |
| BW0000209 .....                                                                                | 4  |
| Behandlung auf ausgewiesener Schlaganfalleinheit.....                                          | 5  |
| BW0001614 ADSR .....                                                                           | 6  |
| CCT / MRT.....                                                                                 | 8  |
| BW041ba12 .....                                                                                | 9  |
| Weitere Diagnostik.....                                                                        | 10 |
| BW0005111 ADSR .....                                                                           | 11 |
| BW0005211 .....                                                                                | 13 |
| VHF-Diagnostik.....                                                                            | 15 |
| BW0005315 ADSR .....                                                                           | 16 |
| Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose .....                             | 18 |
| BW0002012 ADSR .....                                                                           | 19 |
| Systemische Thrombolyse.....                                                                   | 22 |
| BW0006b17 ADSR .....                                                                           | 23 |
| BW006ba19 .....                                                                                | 25 |
| BW006bb19 .....                                                                                | 27 |
| Door-to-needle-time.....                                                                       | 29 |
| BW0006c12 ADSR.....                                                                            | 30 |
| BW006cZ18 .....                                                                                | 32 |
| BW006ca19 .....                                                                                | 34 |
| BW006cb19 .....                                                                                | 36 |
| Funktionstherapie .....                                                                        | 38 |
| AK1 .....                                                                                      | 39 |
| BW0007c11 ADSR.....                                                                            | 41 |
| BW0007d11 ADSR .....                                                                           | 44 |
| BW0007e11 .....                                                                                | 47 |
| Risikoadjustierte Pneumonierate nach Hirninfarkt .....                                         | 49 |
| BW0009b10 ADSR .....                                                                           | 50 |
| Letalität .....                                                                                | 53 |
| BW0011a11 .....                                                                                | 54 |
| Frühe Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall.....                                   | 55 |
| BW0011b11 ADSR .....                                                                           | 56 |
| Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe .....   | 58 |
| BW0001411 ADSR .....                                                                           | 59 |
| Sekundärprävention – Statin-Gabe/Empfehlung bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt ..... | 62 |
| BW0001815 ADSR .....                                                                           | 63 |
| Rehabilitation .....                                                                           | 65 |
| BW0000811 .....                                                                                | 66 |
| Door-to-puncture-time.....                                                                     | 68 |
| BW0002117 .....                                                                                | 69 |
| CT- oder MR-Angiographie-Rate .....                                                            | 71 |
| BW0002217 .....                                                                                | 72 |
| Thrombektomierate.....                                                                         | 74 |
| BW0002319 ADSR .....                                                                           | 75 |
| Rekanalisationsrate .....                                                                      | 77 |
| BW0002417 .....                                                                                | 78 |
| Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie .....                                      | 79 |
| BW0002517 .....                                                                                | 80 |
| Pflege: Schluckversuch bei Aufnahme .....                                                      | 82 |
| BW0002P05 ADSR .....                                                                           | 83 |
| Pflege: Aufnahme und Entlassung - Barthelindex.....                                            | 85 |
| BW003aP10.....                                                                                 | 86 |
| Pflege: Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung.....                                            | 87 |
| BW0004P10.....                                                                                 | 88 |

## Schlaganfallversorgung

**Schlaganfallversorgung**

|                                        |                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Einleitung<br/>Leistungsbereich</b> |                                                                                                                                                                    |
| Leistungsbereich                       | Schlaganfallversorgung                                                                                                                                             |
| Historie                               | In Baden-Württemberg verpflichtend zu dokumentieren seit 2004                                                                                                      |
| Auffälligkeitskriterien                | -                                                                                                                                                                  |
| Bemerkungen                            | Die Grundgesamtheit „Alle Patienten“ beinhaltet die Fälle im Sinne der Einschlusskriterien (siehe Homepage <a href="http://www.qigbw.de">http://www.qigbw.de</a> ) |

Aufnahme

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                   |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-1                                            |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 1                                                 |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Aufnahme                                          |
| Qualitätsziel                                 | Rasche Aufnahme gemäß der Helsingborg-Deklaration |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                   |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich             |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                           |

**BW0000209**

| <b>Definition Kennzahl</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|---------------|--|------------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------|--|----------|----|---|-------------------|--|-------------|-------|---|-----------------------------|-------------------------|------------|----|---|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|
| ID-Kennzahl                                                           | BW0000209                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Ergänzung Bezeichnung QI                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Referenzbereich 2019                                                  | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Erläuterung zum Referenzbereich                                       | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog>                               | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Rechenregel                                                           | Zähler: Patienten mit rascher Aufnahme ( $\leq 3$ Stunden)<br><br>Grundgesamtheit: Alle Patienten, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren. Ausschluss von Patienten mit Schlaganfallereignis während des stationären Aufenthalts oder die bereits anderweitig im Krankenhaus stationär waren oder keine Abschätzung des Ereigniszeitpunktes möglich.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Erläuterung der Rechenregel                                           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Verwendete Datenfelder                                                | Feldnamen 2019: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21</td><td>B</td><td>Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme</td><td>                             0 = <math>\leq 3</math> h<br/>                             1 = <math>&gt; 3 - 4</math> h<br/>                             2 = <math>&gt; 4 - 5</math> h<br/>                             3 = <math>&gt; 5 - 24</math> h<br/>                             4 = <math>&gt; 24 - 48</math> h<br/>                             5 = <math>&gt; 48</math> h<br/>                             6 = in-house-stroke<br/>                             9 = keine Abschätzung möglich                         </td><td>ANFALLSCHAETZ</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>                             0 = nein<br/>                             1 = ja                         </td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>20</td><td>B</td><td>Anfalluhrzeit</td><td></td><td>ANFALLZEIT</td></tr> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>10</td><td>B</td><td>Aufnahmeuhrzeit</td><td></td><td>AUFNZEIT</td></tr> <tr> <td>19</td><td>B</td><td>Schlaganfalldatum</td><td></td><td>ANFALLDATUM</td></tr> <tr> <td>09-19</td><td>B</td><td>Abstand Aufnahme zum Anfall</td><td>AUFNDATUM - ANFALLDATUM</td><td>AbstAnfall</td></tr> <tr> <td>22</td><td>B</td><td>Einweisung veranlasst durch</td><td>                             1 = selbst<br/>                             2 = Rettungsdienst mit Notarzt<br/>                             3 = Rettungsdienst ohne Notarzt<br/>                             4 = Klinik mit anderer IK-Nr. mit SU-Aufenthalt<br/>                             5 = Klinik mit anderer IK-Nr. ohne SU-Aufenthalt<br/>                             6 = Arzt aus dem ambulanten Sektor                         </td><td>EINWEISUNG</td></tr> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>                             0 = nein<br/>                             1 = ja                         </td><td>EINSCHLUSS</td></tr> </tbody> </table> |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 21 | B | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme | 0 = $\leq 3$ h<br>1 = $> 3 - 4$ h<br>2 = $> 4 - 5$ h<br>3 = $> 5 - 24$ h<br>4 = $> 24 - 48$ h<br>5 = $> 48$ h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich | ANFALLSCHAETZ | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 20 | B | Anfalluhrzeit |  | ANFALLZEIT | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 10 | B | Aufnahmeuhrzeit |  | AUFNZEIT | 19 | B | Schlaganfalldatum |  | ANFALLDATUM | 09-19 | B | Abstand Aufnahme zum Anfall | AUFNDATUM - ANFALLDATUM | AbstAnfall | 22 | B | Einweisung veranlasst durch | 1 = selbst<br>2 = Rettungsdienst mit Notarzt<br>3 = Rettungsdienst ohne Notarzt<br>4 = Klinik mit anderer IK-Nr. mit SU-Aufenthalt<br>5 = Klinik mit anderer IK-Nr. ohne SU-Aufenthalt<br>6 = Arzt aus dem ambulanten Sektor | EINWEISUNG | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS |
| Item                                                                  | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Bezeichnung                                               | Schlüssel                                                                                                                                                                                                                    | Feldname      |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| 21                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme                       | 0 = $\leq 3$ h<br>1 = $> 3 - 4$ h<br>2 = $> 4 - 5$ h<br>3 = $> 5 - 24$ h<br>4 = $> 24 - 48$ h<br>5 = $> 48$ h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich                                                        | ANFALLSCHAETZ |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| 18                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                           | PALLIATIV     |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| 20                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Anfalluhrzeit                                             |                                                                                                                                                                                                                              | ANFALLZEIT    |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| 09                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Aufnahmedatum                                             |                                                                                                                                                                                                                              | AUFNDATUM     |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| 10                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Aufnahmeuhrzeit                                           |                                                                                                                                                                                                                              | AUFNZEIT      |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| 19                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Schlaganfalldatum                                         |                                                                                                                                                                                                                              | ANFALLDATUM   |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| 09-19                                                                 | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Abstand Aufnahme zum Anfall                               | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                                                      | AbstAnfall    |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| 22                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Einweisung veranlasst durch                               | 1 = selbst<br>2 = Rettungsdienst mit Notarzt<br>3 = Rettungsdienst ohne Notarzt<br>4 = Klinik mit anderer IK-Nr. mit SU-Aufenthalt<br>5 = Klinik mit anderer IK-Nr. ohne SU-Aufenthalt<br>6 = Arzt aus dem ambulanten Sektor | EINWEISUNG    |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| 11                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien         | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                           | EINSCHLUSS    |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen eingeschränkt vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |                                                                                                                                                                                                                              |               |      |       |             |           |          |    |   |                                     |                                                                                                                                                                       |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |               |  |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                                                   |                    |            |

Behandlung auf ausgewiesener Schlaganfalleinheit

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-19                                                                                                                                          |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 19                                                                                                                                               |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Behandlung auf ausgewiesener Schlaganfalleinheit                                                                                                 |
| Qualitätsziel                                 | Behandlung möglichst vieler Patienten mit Hirninfarkt oder TIA auf einer Schlaganfalleinheit, wenn das Ereignis $\leq 24$ h vor Aufnahme eintrat |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                                                                  |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                                                            |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                                          |

**BW0001614 ADSR**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| ID-Kennzahl                             | BW0001614                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | „ausgewiesen“ meint in Rahmen der medizinischen Fachplanung des Landes BW                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Referenzbereich 2019                    | >= 90,00 % (Zielbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | >= 83,69 % (Toleranzbereich 10. Perzentile)                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit Aufnahme oder Behandlung auf einer Schlaganfalleinheit</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA, die mit Intervall Schlaganfallereignis – Aufnahme &lt;= 24 h in der Klinik aufgenommen werden und nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren.</p> |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Erläuterung der Rechenregel             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bogen                          | Bezeichnung                                                                                                         | Schlüssel                                                                                                                                              | Feldname      |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B                              | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                   | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                     | EINSCHLUSS    |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B                              | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                           | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                     | PALLIATIV     |
|                                         | 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B                              | Aufnahmedatum                                                                                                       |                                                                                                                                                        | AUFNDATUM     |
|                                         | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B                              | Aufnahmeuhrzeit                                                                                                     |                                                                                                                                                        | AUFNZEIT      |
|                                         | 09-19                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B                              | Abstand Aufnahme zum Anfall                                                                                         | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                | AbstAnfall    |
|                                         | 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B                              | Schlaganfalldatum                                                                                                   |                                                                                                                                                        | ANFALLDATUM   |
|                                         | 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B                              | Anfalluhrzeit                                                                                                       |                                                                                                                                                        | ANFALLZEIT    |
|                                         | 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B                              | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme                                                                                 | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich | ANFALLSCHAETZ |
|                                         | 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B                              | Aufnahmeeinheit                                                                                                     | 1 = Allgemeinstation<br>2 = Intensivstation<br>3 = Schlaganfalleinheit lt. Konzeption BaWü                                                             | AUFNEINHEIT   |
|                                         | 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B                              | Fand während des Aufenthalts eine Behandlung auf einer ausgewiesenen Schlaganfalleinheit Ihres Krankenhauses statt? | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                     | SAEINHEIT     |
| 76                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Entlassung-/Verlegungsdiagnose | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                           | ENTLDIAG                                                                                                                                               |               |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation    | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Teildatensatzbezug                      | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Operator                                | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Kommentar zur Kennzahl                  | ADSR                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |               |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Aufnahme möglichst vieler Patienten mit Hirninfarkt oder TIA auf einer Stroke Unit, wenn das Ereignis <math>\leq 24</math> h vor Aufnahme eintrat</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>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.</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Originalarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Busse O. Stroke units and stroke services in Germany. Cerebrovasc Dis 2003;15 (Suppl 1):8–10.</li> <li>2. Candelise L, Gattinoni M, Bersano A, Micieli G, Sterzi R, Morabito A, PROSIT Study Group. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. Lancet 2007;369:299–305.</li> <li>3. Cavallini A, Micieli G, Marcheselli S, Quaglini S. Role of monitoring in management of acute ischemic stroke patients. Stroke 2003;34:2599–603.</li> <li>4. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. BMJ 1997;314:1151–59.</li> <li>5. Foley N, Salter K, Teasell R. Specialized stroke services: a meta-analysis comparing three models of care. Cerebrovasc Dis 2007;23:194–202.</li> <li>6. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Cochrane Database Syst Rev. 2004.</li> <li>7. Silva Y, Puigdemont M, Castellanos M, Serena J, Suner RM, Garcia MM, Davalos A. Semi-intensive monitoring in acute stroke and long-term outcome. Cerebrovasc Dis 2005;19:23–30.</li> <li>8. Sulter G, Elting JW, Langedijk M, Maurits NM, De Keyser J. Admitting acute ischemic stroke patients to a stroke care monitoring unit versus a conventional stroke unit: a randomized pilot study. Stroke 2003;34:101–4.</li> <li>9. Terént A, Asplund K, Farahmand B, Henriksson KM, Norrving B, Stegmayr B, Wester PO, Asberg KH, Asberg S; Riks-Stroke Collaboration. Stroke unit care revisited: who benefits the most? A cohort study of 105,043 patients in Riks-Stroke, the Swedish Stroke Register. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009;80:881–7</li> <li>10. Walter A, Seidel G, Thie A, Raspe H. Semi-intensive stroke unit versus conventional care in acute ischemic stroke or TIA — A prospective study in Germany. J Neurol Sci. 2009;287:131–7</li> </ol> <p>Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee. ESOWriting Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Cerebrovasc Dis 2008;25:457–507.</li> <li>2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Circulation 2007;115:e478–534</li> <li>3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2008. 103 p. (SIGN publication; no. 108).</li> </ol> |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

CCT / MRT

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                        |
|-----------------------------------------------|------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-3                 |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 3                      |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | CCT / MRT              |
| Qualitätsziel                                 | - Sofortiges CCT / MRT |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität        |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             |                        |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                |

**BW041ba12**

| <b>Definition Kennzahl</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------|----|---|-----------------|--|------------|----|---|-------------------|--|------------|---------|---|--------------------------------|------------------------|------------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|--------------|--|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------|--|----------|----|---|-------------------|--|-------------|-------|---|-----------------------------|-------------------------|------------|----|---|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|---|---------------|--|------------|
| ID-Kennzahl                                                           | BW041ba12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Ergänzung Bezeichnung QI                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Referenzbereich 2019                                                  | >= 70,00 % (Zielbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Erläuterung zum Referenzbereich                                       | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog>                               | >= 43,37 % Toleranzbereich 10. Perzentile                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Rechenregel                                                           | Zähler: Patienten mit sofortigem CCT / MRT nach Aufnahme (innerhalb der ersten 30 Minuten)<br><br>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einem Zeitintervall Schlaganfallereignis - Aufnahme <= 6 (bei Schätzwert 5) Stunden bzw. Schlaganfall während des Aufenthaltes. Ausschluss von Patienten mit Bildgebung vor Aufnahme.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Erläuterung der Rechenregel                                           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Verwendete Datenfelder                                                | Feldnamen 2019: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28</td><td>B</td><td>Bildgebung zum Ausschluss Blutung (CCT / MRT)</td><td>0 = nicht erfolgt<br/>1 = vor Aufnahme<br/>2 = nach Aufnahme</td><td>CCTMRT</td></tr> <tr> <td>29</td><td>B</td><td>Datum CCT / MRT</td><td></td><td>CCTMRDATUM</td></tr> <tr> <td>30</td><td>B</td><td>Uhrzeit CCT / MRT</td><td></td><td>CCTMRTZEIT</td></tr> <tr> <td>29 – 09</td><td>B</td><td>Abstand CCT / MRT zur Aufnahme</td><td>CCTMRDATUM - AUFNDATUM</td><td>AbstCCTMRT</td></tr> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>06</td><td>B</td><td>Geburtsdatum</td><td></td><td>GEBDATUM</td></tr> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>10</td><td>B</td><td>Aufnahmeuhrzeit</td><td></td><td>AUFNZEIT</td></tr> <tr> <td>19</td><td>B</td><td>Schlaganfalldatum</td><td></td><td>ANFALLDATUM</td></tr> <tr> <td>09-19</td><td>B</td><td>Abstand Aufnahme zum Anfall</td><td>AUFNDATUM - ANFALLDATUM</td><td>AbstAnfall</td></tr> <tr> <td>21</td><td>B</td><td>Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme</td><td>                         0 = ≤ 3 h<br/>                         1 = &gt; 3 – 4 h<br/>                         2 = &gt; 4 – 5 h<br/>                         3 = &gt; 5 – 24 h<br/>                         4 = &gt; 24 – 48 h<br/>                         5 = &gt; 48 h<br/>                         6 = in-house-stroke<br/>                         9 = keine Abschätzung möglich                     </td><td>ANFALLSCHAETZ</td></tr> <tr> <td>20</td><td>B</td><td>Anfalluhrzeit</td><td></td><td>ANFALLZEIT</td></tr> </tbody> </table> |                                                           |                                                                                                                                                        |               | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 28 | B | Bildgebung zum Ausschluss Blutung (CCT / MRT) | 0 = nicht erfolgt<br>1 = vor Aufnahme<br>2 = nach Aufnahme | CCTMRT | 29 | B | Datum CCT / MRT |  | CCTMRDATUM | 30 | B | Uhrzeit CCT / MRT |  | CCTMRTZEIT | 29 – 09 | B | Abstand CCT / MRT zur Aufnahme | CCTMRDATUM - AUFNDATUM | AbstCCTMRT | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 06 | B | Geburtsdatum |  | GEBDATUM | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 10 | B | Aufnahmeuhrzeit |  | AUFNZEIT | 19 | B | Schlaganfalldatum |  | ANFALLDATUM | 09-19 | B | Abstand Aufnahme zum Anfall | AUFNDATUM - ANFALLDATUM | AbstAnfall | 21 | B | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich | ANFALLSCHAETZ | 20 | B | Anfalluhrzeit |  | ANFALLZEIT |
| Item                                                                  | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Bezeichnung                                               | Schlüssel                                                                                                                                              | Feldname      |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 28                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Bildgebung zum Ausschluss Blutung (CCT / MRT)             | 0 = nicht erfolgt<br>1 = vor Aufnahme<br>2 = nach Aufnahme                                                                                             | CCTMRT        |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 29                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Datum CCT / MRT                                           |                                                                                                                                                        | CCTMRDATUM    |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 30                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Uhrzeit CCT / MRT                                         |                                                                                                                                                        | CCTMRTZEIT    |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 29 – 09                                                               | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Abstand CCT / MRT zur Aufnahme                            | CCTMRDATUM - AUFNDATUM                                                                                                                                 | AbstCCTMRT    |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 11                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien         | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                     | EINSCHLUSS    |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 18                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                     | PALLIATIV     |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 06                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Geburtsdatum                                              |                                                                                                                                                        | GEBDATUM      |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 09                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Aufnahmedatum                                             |                                                                                                                                                        | AUFNDATUM     |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 10                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Aufnahmeuhrzeit                                           |                                                                                                                                                        | AUFNZEIT      |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 19                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Schlaganfalldatum                                         |                                                                                                                                                        | ANFALLDATUM   |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 09-19                                                                 | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Abstand Aufnahme zum Anfall                               | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                | AbstAnfall    |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 21                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme                       | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich | ANFALLSCHAETZ |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| 20                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Anfalluhrzeit                                             |                                                                                                                                                        | ANFALLZEIT    |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | Patienten mit Schlaganfallereignis während des stationären Aufenthaltes, falls als DRG-Hauptdiagnose kodiert, sind eingeschlossen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen eingeschränkt vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                                                                                                                                        |               |      |       |             |           |          |    |   |                                               |                                                            |        |    |   |                 |  |            |    |   |                   |  |            |         |   |                                |                        |            |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |               |  |            |

Weitere Diagnostik

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-4                                                                                                                              |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 4                                                                                                                                   |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Weitere Diagnostik                                                                                                                  |
| Qualitätsziel                                 | a) Durchführung einer extrakraniellen Hirngefäßdiagnostik<br>b) Durchführung eines TTE / TEE bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                                                     |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                                               |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                             |

**BW0005111 ADSR**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| ID-Kennzahl                             | BW0005111                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | Durchführung einer extrakraniellen Hirngefäßdiagnostik bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA (zügig innerhalb 24 h)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Referenzbereich 2019                    | nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit extrakranieller Hirngefäßdiagnostik innerhalb 24 Stunden nach Aufnahme (Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographie oder Computertomographische Angiographie).</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA im Sinne der Einschlusskriterien ohne extrakranielle Gefäßdiagnostik vor Aufnahme, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren und nicht zwecks Thrombolyse oder intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion oder intraarteriellen Therapie oder innerhalb 12h ohne Wiederaufnahme verlegt wurden.</p> |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Bogen | Bezeichnung                                                                                                                    | Schlüssel                                                                                                                                                                                          | Feldname           |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                              | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS         |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                      | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | PALLIATIV          |
|                                         | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthalts stattgehabten Schlaganfälle innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                               | VERLEGUNG          |
|                                         | 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Thrombolyse i.v.                                                                                                               | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV             |
|                                         | 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | GEFAESSDARSTELLUNG |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                       | 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |
|                                                                       | 64                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B | Hirngefäßdiagnostik extrakraniell                                               | 0 = nein<br>1 = ja, <24 h nach Aufnahme<br>2 = ja, ≥24 h nach Aufnahme<br>3 = extern vor Aufnahme erfolgt                                                                                                  | EXTRAKRANIELL   |
|                                                                       | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                                  | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                                                                                                                  | ENTLDIAG        |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | <p>Kennzahl gemäß ADSR:</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Durchführung einer extrakraniellen Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder Transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanztomographische Angiographie) bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA.</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>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. Die schnelle Durchführung wird empfohlen, exakte Zeitfenster jedoch nicht definiert.</p> <p><b>Literatur</b><br/>Originalarbeiten<br/>(1) Adams HP, Jr., Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Stroke 1993; 24(1):35-41.<br/>(2) Petty GW, Brown RD, Jr., Whisnant JP, Sicks JD, O'Fallon WM, Wiebers DO. Ischemic stroke subtypes : a population-based study of functional outcome, survival, and recurrence. Stroke 2000; 31(5):1062-1068.<br/>(3) Sacco RL, Zamanillo MC, Kargman DE, Shi T. Predictors of Mortality and Recurrence After Hospitalized Cerebral Infarction in An Urban-Community - the Northern Manhattan Stroke Study. Neurology 1994; 44(4):626-634.</p> <p>Leitlinien<br/>(4) The European Stroke Initiative Executive Committee and EUSI Writing Committee. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003. Cerebrovasc Dis 2003; 16: 311–337 (5) Heart and Stroke Foundation of Ontario. Best Practice Guidelines for Stroke Care, 2003.</p> |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |

**BW0005211**

| <b>Definition Kennzahl</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|-----------|-----------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ID-Kennzahl                             | BW0005211                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | Durchführung TTE / TEE bei Patienten mit Hirninfarkt und TIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| Referenzbereich 2019                    | >= 70,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| Rechenregel                             | Zähler: Patienten mit TTE / TEE<br><br>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA im Sinne der Einschlusskriterien, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren und nicht zwecks Thrombolyse oder intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion oder intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme oder innerhalb von drei Tagen verlegt wurden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>63</td><td>B</td><td>TTE / TEE</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, nur TTE<br/>2 = ja, nur TEE<br/>3 = ja, TTE und TEE</td><td>TTETEE</td></tr> <tr> <td>31</td><td>B</td><td>Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br/>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme</td><td>VERLEGUNG</td></tr> <tr> <td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v.</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr> <tr> <td>44</td><td>B</td><td>Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden</td><td>GEFAESSDARSTELLUNG</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 63 | B | TTE / TEE | 0 = nein<br>1 = ja, nur TTE<br>2 = ja, nur TEE<br>3 = ja, TTE und TEE | TTETEE | 31 | B | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG | 40 | B | Thrombolyse i.v. | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 44 | B | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden | GEFAESSDARSTELLUNG |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                          | Feldname           |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    | AUFNDATUM          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS         |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | PALLIATIV          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| 63                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TTE / TEE                                                                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja, nur TTE<br>2 = ja, nur TEE<br>3 = ja, TTE und TEE                                                                                                                              | TTETEE             |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| 31                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                               | VERLEGUNG          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Thrombolyse i.v.                                                                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV             |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |
| 44                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion                                                                   | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden                           | GEFAESSDARSTELLUNG |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |           |                                                                       |        |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                                                                                                          |                    |

|                                                                       |                                                                          |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |                 |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                       | 52                                                                       | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation) | KH-Standort durchgeführt)<br>0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |
|                                                                       | 75                                                                       | B | Entlassungsdatum                                                                |                                                                                                                                                                                                                                         | ENTLDATUM       |
|                                                                       | 75-09                                                                    | B | Verweildauer                                                                    | ENTLDATUM - AUFNDATUM                                                                                                                                                                                                                   | Abstentl        |
|                                                                       | 76                                                                       | B | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                                  | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                                                                                                                                               | ENTLDIAG        |
|                                                                       | 77                                                                       | B | Entlassungsgrund                                                                | § 301-Vereinbarung<br>06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus                                                                                                                                                                         | ENTLGRUND       |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-Spezifikation                               | 2019: Version 2019                                                       |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |                 |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                   |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |                 |
| Operator                                                              | Anteil                                                                   |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |                 |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | -                                                                        |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |                 |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar. |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |                 |

VHF-Diagnostik

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-23                                                                                                      |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 23                                                                                                           |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | VHF-Diagnostik                                                                                               |
| Qualitätsziel                                 | Möglichst häufig Durchführung oder Empfehlung von Herzrhythmusdiagnostik bei Patienten<br>ohne bekanntem VHF |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                              |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                        |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                      |

**BW0005315 ADSR**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| ID-Kennzahl                             | BW0005315                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Referenzbereich 2019                    | >= 58,97 % (10. Perzentile; Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit während des stationären Aufenthaltes durchgeführter Rhythmusdiagnostik (Langzeit-EKG / ICM)</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA im Sinne der Einschlusskriterien, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren und nicht zwecks Thrombolyse oder intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion oder intraarterieller Therapie oder innerhalb 12h ohne Wiederaufnahme verlegt wurden.</p> <p>Ausschluss von Patienten mit bekanntem oder neu diagnostiziertem Vorhofflimmern.</p> |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Bogen | Bezeichnung                                                                                                                    | Schlüssel                                                                                                                                                                                          | Feldname           |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                              | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS         |
|                                         | 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                      | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | PALLIATIV          |
|                                         | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B     | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthalts stattgehabten Schlaganfälle innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                               | VERLEGUNG          |
|                                         | 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B     | Vorhofflimmern                                                                                                                 | 0 = nein / unbekannt<br>1 = ja, vorbekannt<br>2 = ja, neu diagnostiziert                                                                                                                           | VORHOFFLIM         |
|                                         | 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B     | Thrombolyse i.v.                                                                                                               | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV             |
|                                         | 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B     | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt                                                                   | GEFAESSDARSTELLUNG |

|                                                                       |                                                                                                                                                                             |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                       |                                                                                                                                                                             |   |                                                                                 | erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)                                                                                                                                          |                 |
|                                                                       | 52                                                                                                                                                                          | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |
|                                                                       | 61                                                                                                                                                                          | B | Rhythmusdiagnostik bei nicht bekanntem VHF (Langzeit-EKG / ICM)                 | 0 = nein<br>1 = ja, während aktuellem Aufenthalt<br>2 = ja, empfohlen                                                                                                                                      | RHYTHMUSDIAG    |
|                                                                       | 76                                                                                                                                                                          | B | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                                  | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                                                                                                                  | ENTLDIAG        |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-Spezifikation                               | 2019: Version 2019                                                                                                                                                          |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                      |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                      |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | Kennzahl angelehnt an ADSR-Empfehlung:<br><br><b>Qualitätsziel</b><br>Möglichst häufig Durchführung/ Empfehlung von Herzrhythmusdiagnostik bei Patienten ohne bekanntem VHF |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen nicht vergleichbar.                                                                                              |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |

Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose

|                                               |                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                                                                               |
| ID Indikator                                  | 80n1-20                                                                                                                                                                       |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 20                                                                                                                                                                            |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose                                                                                                                  |
| Qualitätsziel                                 | Möglichst hoher Anteil veranlasster Revaskularisierungen bei Patienten mit symptomatischer extrakranieller Karotisstenose nach TIA oder nicht schwer behinderndem Hirninfarkt |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                                                                                               |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                                                                                         |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                                                                       |

**BW0002012 ADSR**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| ID-Kennzahl                             | BW0002012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Referenzbereich 2019                    | >= 70,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten, bei denen eine Revaskularisierung (Operation oder Stenting) nach Aufnahme veranlasst wurde</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA im Sinne der Einschlusskriterien, mit Nachweis einer symptomatischen extrakraniellen Karotisstenose zwischen 70% bis unter 100% und Rankin Scale bei Entlassung &lt;= 3, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren oder im Verlauf palliativ wurden und nicht zwecks Thrombolyse oder intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion oder intraarterieller Therapie oder innerhalb 12h ohne Wiederaufnahme verlegt wurden.</p> |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Bogen | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                          | Feldname           |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS         |
|                                         | 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | PALLIATIV          |
|                                         | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                               | VERLEGUNG          |
|                                         | 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Thrombolyse i.v                                                                                                                  | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV             |
|                                         | 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion                                                                   | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | GEFAESSDARSTELLUNG |
|                                         | 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Intraarterielle Therapie                                                                                                         | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur                                                                                                                                                                      | LYSEIAMECHREKAN    |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |                                                                     |                                                                                                                                                                                    |                   |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   | (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation)              | intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)       |                   |
|                                         | 65                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B | symptomatische ipsilaterale extrakranielle Stenose (NASCET) der ACI | 0 = nein<br>1 = <50% (geringgradig)<br>2 = 50% bis <70% (mittelgradig)<br>3 = 70% bis <100% (hochgradig)<br>4 = Verschluss (100%)<br>9 = nicht untersucht / kein Befund vorliegend | STENOSE           |
|                                         | 66                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B | Revaskularisation der ACI veranlasst                                | 0 = nein<br>1 = verlegt (extern) zur Operation oder zum Stenting<br>2 = Operation/Stenting während des dokumentierten Aufenthaltes<br>9 = Sonstiges                                | REVASKULARISATION |
|                                         | 71                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B | Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen?              | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                 | PALLIATIVVORGEHEN |
|                                         | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                      | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                                                                                          | ENTLDIAG          |
|                                         | 77                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B | Entlassungsgrund                                                    | § 301-Vereinbarung                                                                                                                                                                 | ENTLGRUND         |
|                                         | 79                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B | Rankin-Scale bei Entlassung                                         | 0 = keine Symptome<br>1 = keine wesentlichen Funktionseinschränkungen trotz Symptome<br>2 = geringgradig<br>3 = mäßiggradig<br>4 = mittelschwer<br>5 = schwer<br>6 = Tod           | RANKINENTL        |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-Spezifikation | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                                                                     |                                                                                                                                                                                    |                   |
| Teildatensatzbezug                      | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |                                                                     |                                                                                                                                                                                    |                   |
| Operator                                | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |                                                                     |                                                                                                                                                                                    |                   |
| Kommentar zur Kennzahl                  | <p>ADSR</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Möglichst hoher Anteil frühzeitig zur Revaskularisierung (Operation) verlegter Patienten mit symptomatischer Karotisstenose nach TIA oder nicht-behinderndem Hirninfarkt</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>Die Revaskularisierung symptomatischer Carotisstenosen ist ein evidenzbasiertes, hocheffektives Verfahren zur Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls. Bei hochgradigen (&gt;=70%) Stenosen ist die absolute Risikoreduktion durch Revaskularisierung (v.a. bei Frauen) nur dann einer konservativen Therapie überlegen, wenn sie innerhalb von ca. 20 Tagen nach dem cerebral-ischämischen Ereignis erfolgt. Diese Zeitspanne ergibt sich aus der gepoolten</p> |   |                                                                     |                                                                                                                                                                                    |                   |

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                              | <p>Analyse der großen Studien zur Thrombendarterektomie (CEA) bei symptomatischer Carotisstenose unter Berücksichtigung des medianen Intervalls in diesen Studien von 6 Tagen zwischen Randomisierung und CEA. Da die Revaskularisierung sowie die Entscheidung der Art des Eingriffes oft nicht während des Aufenthaltes in der Neurologie erfolgt und die schlussendliche Entscheidung zum Eingriff ggf. anderen Disziplinen obliegt, wurde der Zeitpunkt der Verlegung zur Behandlung gewählt.</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Originalarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rothwell P, et al. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. Lancet 2004;363:914-24</li> <li>2. Rothwell P, et al. Sex difference in the effect of time from symptoms to surgery on benefit from carotid endarterectomy for transient ischemic attack and nondisabling stroke. Stroke 2004;35:2855-2861</li> </ol> <p>Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diener HC, Aichner F, Bode C, et al. Primär- und Sekundärprävention der zerebralen Ischämie - Gemeinsame Leitlinie der DGN und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG); in Diener HC, Putzki N, Kommission Leitlinien der DGN (Hrsg): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, Thieme 2008, S. 261-88</li> <li>2. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee. ESOWriting Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Cerebrovasc Dis 2008; 25: 457–507.</li> </ol> |
| <p>Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</p> | <p>Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Systemische Thrombolyse

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                            |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-6                                                                                     |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 6                                                                                          |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Systemische Thrombolyse                                                                    |
| Qualitätsziel                                 | Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                            |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                      |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                    |

**BW0006b17 ADSR**

| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|------------------|--|-------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|--------------|--|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------|--|----------|
| ID-Kennzahl                             | BW0006b17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | Systemische Thrombolyse bei Patienten bis 80 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| Referenzbereich 2019                    | >= 55,61 % (10. Perzentile; Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| Rechenregel                             | <p>Gruppe 1 (ID BW0006b17): NACH ADSR-EMPFEHLUNG</p> <p><u>Zähler</u>: Patienten mit im Haus durchgeführter intravenöser Lysetherapie</p> <p><u>Grundgesamtheit</u>: Fälle mit Hirninfarkt im Alter von 18 - 80 Jahren mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme &lt;= 4 h und nicht zu hohem Schweregrad (4 &lt;= NIHSS &lt;= 25). Ausschluss von Patienten mit externer i.v.-Lyse oder mit intraarterieller Lyse oder mechanischer Rekanalisation ohne vorherige i.v.-Lyse oder palliativ bei Aufnahme</p> <p>Gruppe 2:</p> <p><u>Zähler</u>: Patienten mit im Haus durchgeführter intravenöser Lysetherapie oder intraarterieller Therapie</p> <p><u>Grundgesamtheit</u>: Gruppe 1, aber zusätzlich Einbezug von Patienten mit rein einrichtungsinterner intraarterieller Thrombolyse oder mech. Rekanalisation ohne vorherige interne i.v.-Lyse (d.h. weiterhin Ausschluss bei mindestens einer externen Intervention, wenn zuvor nicht intern lysiert wurde)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| Verwendete Datenfelder                  | <p>Feldnamen 2019:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>17</td><td>B</td><td>NIH Stroke Scale</td><td></td><td>NIHSS</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v.</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr> <tr> <td>52</td><td>B</td><td>Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation)</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIAMECHREKAN</td></tr> <tr> <td>06</td><td>B</td><td>Geburtsdatum</td><td></td><td>GEBDATUM</td></tr> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>10</td><td>B</td><td>Aufnahmeuhrzeit</td><td></td><td>AUFNZEIT</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 17 | B | NIH Stroke Scale |  | NIHSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 40 | B | Thrombolyse i.v. | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 52 | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN | 06 | B | Geburtsdatum |  | GEBDATUM | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 10 | B | Aufnahmeuhrzeit |  | AUFNZEIT |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Bezeichnung                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                                  | Feldname        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | EINSCHLUSS      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| 17                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NIH Stroke Scale                                                                 |                                                                                                                                                                                                            | NIHSS           |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | PALLIATIV       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Thrombolyse i.v.                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)         | LYSEIV          |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| 52                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| 06                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Geburtsdatum                                                                     |                                                                                                                                                                                                            | GEBDATUM        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Aufnahmedatum                                                                    |                                                                                                                                                                                                            | AUFNDATUM       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |
| 10                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Aufnahmeuhrzeit                                                                  |                                                                                                                                                                                                            | AUFNZEIT        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                       | 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | Schlaganfalldatum                   |                                                                                                                                                        | ANFALLDATUM   |
|                                                                       | 09-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B | Abstand Aufnahme zum Anfall         | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                | AbstAnfall    |
|                                                                       | 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | Anfalluhrzeit                       |                                                                                                                                                        | ANFALLZEIT    |
|                                                                       | 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich | ANFALLSCHAETZ |
|                                                                       | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | Entlassung-/Verlegungsdiagnose      | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                                                              | ENTLDIAG      |
|                                                                       | 09-06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B | Alter                               | AUFNDATUM - GEBDATUM                                                                                                                                   | Alter         |
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | <p>Kennzahl in Anlehnung an ADSR</p> <p>Patienten mit Schlaganfallereignis während des stationären Aufenthalts, falls als DRG-Hauptdiagnose kodiert, sind eingeschlossen.</p> <p><b>Qualitätsziel</b></p> <p>Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten gemäß Zulassung, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b></p> <p>Basierend auf den Daten der NINDS Studie sowie nachfolgenden Metaanalysen ist die systemische Thrombolyse bislang die einzige als wirksam nachgewiesene Therapie des ischämischen Hirninfarktes im Akutstadium (1-3). Seit Ende 2000 ist die Thrombolyse mit tPA zur Akutbehandlung des Hirninfarktes auch in Deutschland unter bestimmten Auflage zugelassen. Zu diesen Auflagen zählen z.B. der Therapiebeginn innerhalb von 3 Stunden nach Beginn der Symptome sowie der Ausschluss möglicher Kontraindikationen. 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 (4). Der Qualitätsindikator „systemische Thrombolyse“ führt zur Abbildung der spezifischen Prozessqualität der Versorgungskette u.a. sowohl der Prähospitalphase als auch Intrahospitalphase.</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Originalarbeiten</p> <p>(1) Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med 1995; 333(24):1581-1587.</p> <p>(2) Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet 2004; 363(9411):768-774.</p> <p>(3) Wardlaw JM, Sandercock PA, Berge E. Thrombolytic therapy with recombinant tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke: where do we go from here? A cumulative meta-analysis. Stroke 2003; 34(6):1437-1442.</p> <p>(4) A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Stroke 1997; 28(8):1530-1540.</p> |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen eingeschränkt vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |

**BW006ba19**

| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|------------------|--|-------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|-------------------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|--------------|--|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------|--|----------|----|---|-------------------|--|-------------|-------|---|----------------------|-------------------------|------------|
| ID-Kennzahl                             | BW006ba19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | Systemische Thrombolyse bei Patienten bis 80 Jahre mit teleneurologischem Konsil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Referenzbereich 2019                    | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Rechenregel                             | <p><b>Zähler:</b> Patienten mit im Haus durchgeführter intravenöser Lysetherapie</p> <p><b>Grundgesamtheit:</b> Fälle mit Hirninfarkt im Alter von 18 - 80 Jahren mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme <math>\leq 4</math> h und nicht zu hohem Schweregrad (<math>4 \leq \text{NIHSS} \leq 25</math>) und mit teleneurologischem Konsil. Ausschluss von Patienten mit externer i.v.Lyse oder mit intraarterieller Lyse oder mechanischer Rekanalisation ohne vorherige i.v.-Lyse oder palliativ bei Aufnahme</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Verwendete Datenfelder                  | <p>Feldnamen 2019:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>17</td><td>B</td><td>NIH Stroke Scale</td><td></td><td>NIHSS</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>37</td><td>B</td><td>Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>TELEKONSIL</td></tr> <tr> <td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v.</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr> <tr> <td>52</td><td>B</td><td>Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation)</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIAMECHREKAN</td></tr> <tr> <td>06</td><td>B</td><td>Geburtsdatum</td><td></td><td>GEBDATUM</td></tr> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>10</td><td>B</td><td>Aufnahmeuhrzeit</td><td></td><td>AUFNZEIT</td></tr> <tr> <td>19</td><td>B</td><td>Schlaganfalldatum</td><td></td><td>ANFALLDATUM</td></tr> <tr> <td>09-19</td><td>B</td><td>Abstand Aufnahme zum</td><td>AUFNDATUM - ANFALLDATUM</td><td>AbstAnfall</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 17 | B | NIH Stroke Scale |  | NIHSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 37 | B | Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert? | 0 = nein<br>1 = ja | TELEKONSIL | 40 | B | Thrombolyse i.v. | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 52 | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN | 06 | B | Geburtsdatum |  | GEBDATUM | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 10 | B | Aufnahmeuhrzeit |  | AUFNZEIT | 19 | B | Schlaganfalldatum |  | ANFALLDATUM | 09-19 | B | Abstand Aufnahme zum | AUFNDATUM - ANFALLDATUM | AbstAnfall |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Bezeichnung                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                                  | Feldname        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | EINSCHLUSS      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 17                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIH Stroke Scale                                                                 |                                                                                                                                                                                                            | NIHSS           |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | PALLIATIV       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 37                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?                      | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | TELEKONSIL      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Thrombolyse i.v.                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)         | LYSEIV          |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 52                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 06                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Geburtsdatum                                                                     |                                                                                                                                                                                                            | GEBDATUM        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Aufnahmedatum                                                                    |                                                                                                                                                                                                            | AUFNDATUM       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 10                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Aufnahmeuhrzeit                                                                  |                                                                                                                                                                                                            | AUFNZEIT        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 19                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Schlaganfalldatum                                                                |                                                                                                                                                                                                            | ANFALLDATUM     |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 09-19                                   | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Abstand Aufnahme zum                                                             | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                                    | AbstAnfall      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |                                           |                                                                                                                                                           |               |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   | Anfall                                    |                                                                                                                                                           |               |
|                                                                             | 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B | Anfalluhrzeit                             |                                                                                                                                                           | ANFALLZEIT    |
|                                                                             | 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B | Zeitintervall<br>Ereignis bis<br>Aufnahme | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung<br>möglich | ANFALLSCHAETZ |
|                                                                             | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B | Entlassung-/Ver-<br>legungsdiagnose       | ICD-10-<br>Einschlussdiagnose                                                                                                                             | ENTLDIAG      |
|                                                                             | 09-<br>06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | Alter                                     | AUFNDATUM -<br>GEBDATUM                                                                                                                                   | Alter         |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-<br>Spezifikation                                 | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                                           |                                                                                                                                                           |               |
| Teildatensatzbezug                                                          | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                                           |                                                                                                                                                           |               |
| Operator                                                                    | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                                           |                                                                                                                                                           |               |
| Kommentar zur Kennzahl                                                      | <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten gemäß Zulassung, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>Basierend auf den Daten der NINDS Studie sowie nachfolgenden Metaanalysen ist die systemische Thrombolyse bislang die einzige als wirksam nachgewiesene Therapie des ischämischen Hirninfarktes im Akutstadium (1-3). Seit Ende 2000 ist die Thrombolyse mit tPA zur Akutbehandlung des Hirninfarktes auch in Deutschland unter bestimmten Auflage zugelassen. Zu diesen Auflagen zählen z.B. der Therapiebeginn innerhalb von 3 Stunden nach Beginn der Symptome sowie der Ausschluss möglicher Kontraindikationen. 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 (4). Der Qualitätsindikator „systemische Thrombolyse“ führt zur Abbildung der spezifischen Prozessqualität der Versorgungskette u.a. sowohl der Prähospitalphase als auch Intrahospitalphase.</p> <p><b>Literatur</b><br/>Originalarbeiten<br/>(1) Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med 1995; 333(24):1581-1587.<br/>(2) Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet 2004; 363(9411):768-774.<br/>(3) Wardlaw JM, Sandercock PA, Berge E. Thrombolytic therapy with recombinant tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke: where do we go from here? A cumulative meta-analysis. Stroke 2003; 34(6):1437-1442.<br/>(4) A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Stroke 1997; 28(8):1530-1540.</p> |   |                                           |                                                                                                                                                           |               |
| Methodische Beurteilung<br>der Vergleichbarkeit mit<br>Vorjahresergebnissen | Neue Kennzahl, im Vorjahr nicht berechnet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                                           |                                                                                                                                                           |               |

**BW006bb19**

| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|------------------|--|-------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|-------------------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|--------------|--|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------|--|----------|----|---|-------------------|--|-------------|-------|---|----------------------|-------------------------|------------|
| ID-Kennzahl                             | BW006bb19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | Systemische Thrombolyse bei Patienten bis 80 Jahre ohne teleneurologisches Konsil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Referenzbereich 2019                    | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Rechenregel                             | <p><u>Zähler:</u> Patienten mit im Haus durchgeführter intravenöser Lysetherapie</p> <p><u>Grundgesamtheit:</u> Fälle mit Hirninfarkt im Alter von 18 - 80 Jahren mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h und nicht zu hohem Schweregrad (4 ≤ NIHSS ≤ 25) und ohne teleneurologisches Konsil. Ausschluss von Patienten mit externer i.v.-Lyse oder mit intraarterieller Lyse oder mechanischer Rekanalisation ohne vorherige i.v.-Lyse oder palliativ bei Aufnahme</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| Verwendete Datenfelder                  | <p>Feldnamen 2019:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>17</td><td>B</td><td>NIH Stroke Scale</td><td></td><td>NIHSS</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>37</td><td>B</td><td>Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>TELEKONSIL</td></tr> <tr> <td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v.</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr> <tr> <td>52</td><td>B</td><td>Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation)</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIAMECHREKAN</td></tr> <tr> <td>06</td><td>B</td><td>Geburtsdatum</td><td></td><td>GEBDATUM</td></tr> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>10</td><td>B</td><td>Aufnahmeuhrzeit</td><td></td><td>AUFNZEIT</td></tr> <tr> <td>19</td><td>B</td><td>Schlaganfalldatum</td><td></td><td>ANFALLDATUM</td></tr> <tr> <td>09-19</td><td>B</td><td>Abstand Aufnahme zum</td><td>AUFNDATUM - ANFALLDATUM</td><td>AbstAnfall</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 17 | B | NIH Stroke Scale |  | NIHSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 37 | B | Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert? | 0 = nein<br>1 = ja | TELEKONSIL | 40 | B | Thrombolyse i.v. | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 52 | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN | 06 | B | Geburtsdatum |  | GEBDATUM | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 10 | B | Aufnahmeuhrzeit |  | AUFNZEIT | 19 | B | Schlaganfalldatum |  | ANFALLDATUM | 09-19 | B | Abstand Aufnahme zum | AUFNDATUM - ANFALLDATUM | AbstAnfall |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Bezeichnung                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                                  | Feldname        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | EINSCHLUSS      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 17                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIH Stroke Scale                                                                 |                                                                                                                                                                                                            | NIHSS           |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | PALLIATIV       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 37                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?                      | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | TELEKONSIL      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Thrombolyse i.v.                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)         | LYSEIV          |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 52                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 06                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Geburtsdatum                                                                     |                                                                                                                                                                                                            | GEBDATUM        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Aufnahmedatum                                                                    |                                                                                                                                                                                                            | AUFNDATUM       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 10                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Aufnahmeuhrzeit                                                                  |                                                                                                                                                                                                            | AUFNZEIT        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 19                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Schlaganfalldatum                                                                |                                                                                                                                                                                                            | ANFALLDATUM     |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |
| 09-19                                   | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Abstand Aufnahme zum                                                             | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                                    | AbstAnfall      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                  |  |       |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                      |                         |            |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |                                           |                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Anfall |                                           |                                                                                                                                                           |
|                                                                             | 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B      | Anfalluhrzeit                             | ANFALLZEIT                                                                                                                                                |
|                                                                             | 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B      | Zeitintervall<br>Ereignis bis<br>Aufnahme | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung<br>möglich |
|                                                                             | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B      | Entlassung-/Ver-<br>legungsdiagnose       | ICD-10-<br>Einschlussdiagnose                                                                                                                             |
|                                                                             | 09-<br>06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B      | Alter                                     | AUFNDATUM -<br>GEBDATUM                                                                                                                                   |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-<br>Spezifikation                                 | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |                                           |                                                                                                                                                           |
| Teildatensatzbezug                                                          | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                           |                                                                                                                                                           |
| Operator                                                                    | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                           |                                                                                                                                                           |
| Kommentar zur Kennzahl                                                      | <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Hoher Anteil potentiell geeigneter Patienten gemäß Zulassung, die eine intravenöse Lysebehandlung erhalten.</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>Basierend auf den Daten der NINDS Studie sowie nachfolgenden Metaanalysen ist die systemische Thrombolyse bislang die einzige als wirksam nachgewiesene Therapie des ischämischen Hirninfarktes im Akutstadium (1-3). Seit Ende 2000 ist die Thrombolyse mit tPA zur Akutbehandlung des Hirninfarktes auch in Deutschland unter bestimmten Auflage zugelassen. Zu diesen Auflagen zählen z.B. der Therapiebeginn innerhalb von 3 Stunden nach Beginn der Symptome sowie der Ausschluss möglicher Kontraindikationen. 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 (4). Der Qualitätsindikator „systemische Thrombolyse“ führt zur Abbildung der spezifischen Prozessqualität der Versorgungskette u.a. sowohl der Prähospitalphase als auch Intrahospitalphase.</p> <p><b>Literatur</b><br/>Originalarbeiten<br/>(1) Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med 1995; 333(24):1581-1587.<br/>(2) Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet 2004; 363(9411):768-774.<br/>(3) Wardlaw JM, Sandercock PA, Berge E. Thrombolytic therapy with recombinant tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke: where do we go from here? A cumulative meta-analysis. Stroke 2003; 34(6):1437-1442.<br/>(4) A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Stroke 1997; 28(8):1530-1540.</p> |        |                                           |                                                                                                                                                           |
| Methodische Beurteilung<br>der Vergleichbarkeit mit<br>Vorjahresergebnissen | Neue Kennzahl, im Vorjahr nicht berechnet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                           |                                                                                                                                                           |

Door-to-needle-time

|                                               |                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                                                                                                         |
| ID Indikator                                  | 80n1-18                                                                                                                                                                                                 |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 18                                                                                                                                                                                                      |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Door-to-needle-time <= 1 Stunde                                                                                                                                                                         |
| Qualitätsziel                                 | Möglichst hoher Anteil mit „door-to-needle-time“ (bzw. Stroke-to-needle-time, wenn der Schlaganfall während des stationären Aufenthaltes stattfand) <= 1 Stunde bei Fällen mit intravenöser Thrombolyse |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                                                                                                                         |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                                                                                                                   |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                                                                                                 |

**BW0006c12 ADSR**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
| ID-Kennzahl                             | BW0006c12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
| Referenzbereich 2019                    | >= 90,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit „door-to-needle-time“ &lt;= 1 h</p> <p>Gruppe 1 (BW0006c12):<br/>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einrichtungsinterner intravenöser Thrombolyse.<br/>Ausschluss von Patienten, bei denen eine DTNT von 8 h überschritten wurde oder die bereits bei Aufnahme palliativ waren oder von Inhouse-Strokes ohne Zeitangabe.</p> <p>Gruppe 2 (ergänzende Tabelle):<br/>Grundgesamtheit: nur Patienten, die einrichtungsintern eine i.v.-Lyse UND anschließend eine i.a. Therapie erhalten haben. Ausschluss von Patienten, bei denen eine DTNT von 8 h überschritten wurde oder die bereits bei Aufnahme palliativ waren oder von Inhouse-Strokes ohne Zeitangabe.</p> |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                 |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Bogen | Bezeichnung                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                         | Feldname        |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                | EINSCHLUSS      |
|                                         | 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B     | Aufnahmedatum                                                                    |                                                                                                                                                                                                   | AUFNDATUM       |
|                                         | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B     | Aufnahmeuhrzeit                                                                  |                                                                                                                                                                                                   | AUFNZEIT        |
|                                         | 09-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B     | Abstand Aufnahme zum Anfall                                                      | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                           | AbstAnfall      |
|                                         | 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B     | Schlaganfalldatum                                                                |                                                                                                                                                                                                   | ANFALLDATUM     |
|                                         | 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B     | Anfalluhrzeit                                                                    |                                                                                                                                                                                                   | ANFALLZEIT      |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                | PALLIATIV       |
|                                         | 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B     | Thrombolyse i.v.                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3= extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV          |
|                                         | 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B     | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt                                                  | LYSEIAMECHREKAN |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                               |                                                        |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                               | 3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) |           |
|                                                                       | 41                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | Beginn der i.v. Lyse Datum    |                                                        | LYSEDATUM |
|                                                                       | 41 – 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | B | Abstand Maßnahme zur Aufnahme | LYSEDATUM - AUFNDATUM                                  | AbstLyse  |
|                                                                       | 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | Beginn der i.v. Lyse Uhrzeit  |                                                        | LYSEZEIT  |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-Spezifikation                               | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                               |                                                        |           |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                               |                                                        |           |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                               |                                                        |           |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | <p>ADSR:</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Möglichst hoher Anteil von Patienten mit „door-to-needle time“ ≤1 Stunde bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>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. 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.</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Originalarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, Brott TG, Toni D, Grotta JC, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. Lancet. May 15;375(9727):1695-703.</li> <li>2. Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet. 2004 Mar 6;363(9411):768-74.</li> <li>3. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Stroke 1997; 28(8):1530-1540</li> </ol> <p>Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. European Stroke Organisation. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. CerebrovascDis. 2008;25(5):457.</li> <li>2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Circulation 2008;115:e478-534.</li> </ol> |   |                               |                                                        |           |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |                               |                                                        |           |

**BW006cZ18**

| <b>Definition Kennzahl</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------|--|----------|-------|---|-----------------------------|-------------------------|------------|----|---|-------------------|--|-------------|----|---|---------------|--|------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ID-Kennzahl                             | Zusatzkennzahl BW006cZ18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| Referenzbereich 2019                    | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| Rechenregel                             | <p>Zähler Patienten mit „door-to-needle-time“ &lt;= 30 min. (BW006cZ18)</p> <p>Gruppe 1 (BW006cZ18):<br/>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einrichtungsinterner intravenöser Thrombolyse.<br/>Ausschluss von Patienten, bei denen eine DTNT von 8 h überschritten wurde oder die bereits bei Aufnahme palliativ waren oder von Inhouse-Strokes ohne Zeitangabe.</p> <p>Gruppe 2 (ergänzende Tabelle):<br/>Grundgesamtheit: nur Patienten, die einrichtungsintern eine i.v.-Lyse UND anschließend eine i.a. Therapie erhalten haben. Ausschluss von Patienten, bei denen eine DTNT von 8 h überschritten wurde oder die bereits bei Aufnahme palliativ waren oder von Inhouse-Strokes ohne Zeitangabe.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| Verwendete Datenfelder                  | <p>Feldnamen 2019:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>10</td><td>B</td><td>Aufnahmeuhrzeit</td><td></td><td>AUFNZEIT</td></tr> <tr> <td>09-19</td><td>B</td><td>Abstand Aufnahme zum Anfall</td><td>AUFNDATUM - ANFALLDATUM</td><td>AbstAnfall</td></tr> <tr> <td>19</td><td>B</td><td>Schlaganfalldatum</td><td></td><td>ANFALLDATUM</td></tr> <tr> <td>20</td><td>B</td><td>Anfalluhrzeit</td><td></td><td>ANFALLZEIT</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v.</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr> <tr> <td>52</td><td>B</td><td>Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation)</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt</td><td>LYSEIAMECHREKAN</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                 | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 10 | B | Aufnahmeuhrzeit |  | AUFNZEIT | 09-19 | B | Abstand Aufnahme zum Anfall | AUFNDATUM - ANFALLDATUM | AbstAnfall | 19 | B | Schlaganfalldatum |  | ANFALLDATUM | 20 | B | Anfalluhrzeit |  | ANFALLZEIT | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 40 | B | Thrombolyse i.v. | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 52 | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt | LYSEIAMECHREKAN |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bezeichnung                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                          | Feldname        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Aufnahmedatum                                                                    |                                                                                                                                                                                                    | AUFNDATUM       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| 10                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Aufnahmeuhrzeit                                                                  |                                                                                                                                                                                                    | AUFNZEIT        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| 09-19                                   | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Abstand Aufnahme zum Anfall                                                      | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                            | AbstAnfall      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| 19                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Schlaganfalldatum                                                                |                                                                                                                                                                                                    | ANFALLDATUM     |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| 20                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Anfalluhrzeit                                                                    |                                                                                                                                                                                                    | ANFALLZEIT      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | PALLIATIV       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Thrombolyse i.v.                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV          |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |
| 52                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt                                                   | LYSEIAMECHREKAN |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                  |                 |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |                               |                                                        |           |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |                               | 3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) |           |
|                                                                       | 41                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B | Beginn der i.v. Lyse Datum    |                                                        | LYSEDATUM |
|                                                                       | 41 – 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | B | Abstand Maßnahme zur Aufnahme | LYSEDATUM - AUFNDATUM                                  | AbstLyse  |
|                                                                       | 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B | Beginn der i.v. Lyse Uhrzeit  |                                                        | LYSEZEIT  |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-Spezifikation                               | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                               |                                                        |           |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                               |                                                        |           |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                               |                                                        |           |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | <p>ADSR:</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Möglichst hoher Anteil von Patienten mit „door-to-needle time“ ≤1 Stunde bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>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. 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.</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Originalarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, Brott TG, Toni D, Grotta JC, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. Lancet. May 15;375(9727):1695-703.</li> <li>Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet. 2004 Mar 6;363(9411):768-74.</li> <li>A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Stroke 1997; 28(8):1530-1540</li> </ol> <p>Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>European Stroke Organisation. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. CerebrovascDis. 2008;25(5):457.</li> <li>Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Circulation 2008;115:e478-534.</li> </ol> |   |                               |                                                        |           |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |                               |                                                        |           |

**BW006ca19**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| ID-Kennzahl                             | BW006ca19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Referenzbereich 2019                    | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit „door-to-needle-time“ &lt;= 1 h</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einrichtungsinterner intravenöser Thrombolyse und teleneurologischem Konsil. Ausschluss von Patienten, bei denen eine DTNT von 8 h überschritten wurde oder die bereits bei Aufnahme palliativ waren oder von Inhouse-Strokes ohne Zeitangabe.</p> |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Bogen | Bezeichnung                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                                  | Feldname        |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | EINSCHLUSS      |
|                                         | 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B     | Aufnahmedatum                                                                    |                                                                                                                                                                                                            | AUFNDATUM       |
|                                         | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B     | Aufnahmeuhrzeit                                                                  |                                                                                                                                                                                                            | AUFNZEIT        |
|                                         | 09-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | B     | Abstand Aufnahme zum Anfall                                                      | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                                    | AbstAnfall      |
|                                         | 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B     | Schlaganfalldatum                                                                |                                                                                                                                                                                                            | ANFALLDATUM     |
|                                         | 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B     | Anfalluhrzeit                                                                    |                                                                                                                                                                                                            | ANFALLZEIT      |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | PALLIATIV       |
|                                         | 37                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B     | Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?                      | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | TELEKONSIL      |
|                                         | 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B     | Thrombolyse i.v.                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)         | LYSEIV          |
|                                         | 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B     | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                               |                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------|-----------|
|                                                                             | 41                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | Beginn der i.v. Lyse Datum    |                       | LYSEDATUM |
|                                                                             | 41 – 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | B | Abstand Maßnahme zur Aufnahme | LYSEDATUM - AUFNDATUM | AbstLyse  |
|                                                                             | 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | Beginn der i.v. Lyse Uhrzeit  |                       | LYSEZEIT  |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-<br>Spezifikation                                 | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                               |                       |           |
| Teildatensatzbezug                                                          | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                               |                       |           |
| Operator                                                                    | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                               |                       |           |
| Kommentar zur Kennzahl                                                      | <p>ADSR:</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Möglichst hoher Anteil von Patienten mit „door-to-needle time“ ≤1 Stunde bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>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. 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.</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Originalarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, Brott TG, Toni D, Grotta JC, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. Lancet. May 15;375(9727):1695-703.</li> <li>2. Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet. 2004 Mar 6;363(9411):768-74.</li> <li>3. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Stroke 1997; 28(8):1530-1540</li> </ol> <p>Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. European Stroke Organisation. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. CerebrovascDis. 2008;25(5):457.</li> <li>2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Circulation 2008;115:e478-534.</li> </ol> |   |                               |                       |           |
| Methodische Beurteilung<br>der Vergleichbarkeit mit<br>Vorjahresergebnissen | Neue Kennzahl, im Vorjahr nicht berechnet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |                               |                       |           |

**BW006cb19**

| <b>Definition Kennzahl</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------|--|----------|-------|---|-----------------------------|-------------------------|------------|----|---|-------------------|--|-------------|----|---|---------------|--|------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|-------------------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ID-Kennzahl                             | BW006cb19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Referenzbereich 2019                    | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit „door-to-needle-time“ &lt;= 1 h</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einrichtungsinterner intravenöser Thrombolyse und ohne teleneurologisches Konsil. Ausschluss von Patienten, bei denen eine DTNT von 8 h überschritten wurde oder die bereits bei Aufnahme palliativ waren oder von Inhouse-Strokes ohne Zeitangabe.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Verwendete Datenfelder                  | <p>Feldnamen 2019:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>10</td><td>B</td><td>Aufnahmeuhrzeit</td><td></td><td>AUFNZEIT</td></tr> <tr> <td>09-19</td><td>B</td><td>Abstand Aufnahme zum Anfall</td><td>AUFNDATUM - ANFALLDATUM</td><td>AbstAnfall</td></tr> <tr> <td>19</td><td>B</td><td>Schlaganfalldatum</td><td></td><td>ANFALLDATUM</td></tr> <tr> <td>20</td><td>B</td><td>Anfalluhrzeit</td><td></td><td>ANFALLZEIT</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>37</td><td>B</td><td>Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>TELEKONSIL</td></tr> <tr> <td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v.</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr> <tr> <td>52</td><td>B</td><td>Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation)</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIAMECHREKAN</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 10 | B | Aufnahmeuhrzeit |  | AUFNZEIT | 09-19 | B | Abstand Aufnahme zum Anfall | AUFNDATUM - ANFALLDATUM | AbstAnfall | 19 | B | Schlaganfalldatum |  | ANFALLDATUM | 20 | B | Anfalluhrzeit |  | ANFALLZEIT | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 37 | B | Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert? | 0 = nein<br>1 = ja | TELEKONSIL | 40 | B | Thrombolyse i.v. | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 52 | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Bezeichnung                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                                  | Feldname        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | EINSCHLUSS      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Aufnahmedatum                                                                    |                                                                                                                                                                                                            | AUFNDATUM       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 10                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Aufnahmeuhrzeit                                                                  |                                                                                                                                                                                                            | AUFNZEIT        |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 09-19                                   | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Abstand Aufnahme zum Anfall                                                      | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                                    | AbstAnfall      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 19                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Schlaganfalldatum                                                                |                                                                                                                                                                                                            | ANFALLDATUM     |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 20                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Anfalluhrzeit                                                                    |                                                                                                                                                                                                            | ANFALLZEIT      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | PALLIATIV       |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 37                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?                      | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | TELEKONSIL      |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Thrombolyse i.v.                                                                 | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)         | LYSEIV          |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 52                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und /oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |       |   |                             |                         |            |    |   |                   |  |             |    |   |               |  |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                             |                    |            |    |   |                  |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                            |                 |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                               |                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------|-----------|
|                                                                             | 41                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | Beginn der i.v. Lyse Datum    |                       | LYSEDATUM |
|                                                                             | 41 – 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | B | Abstand Maßnahme zur Aufnahme | LYSEDATUM - AUFNDATUM | AbstLyse  |
|                                                                             | 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | Beginn der i.v. Lyse Uhrzeit  |                       | LYSEZEIT  |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-<br>Spezifikation                                 | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                               |                       |           |
| Teildatensatzbezug                                                          | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                               |                       |           |
| Operator                                                                    | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                               |                       |           |
| Kommentar zur Kennzahl                                                      | <p>ADSR:</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Möglichst hoher Anteil von Patienten mit „door-to-needle time“ ≤1 Stunde bei Patienten mit intravenöser Thrombolyse</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>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. 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.</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Originalarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, Brott TG, Toni D, Grotta JC, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. Lancet. May 15;375(9727):1695-703.</li> <li>2. Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP, et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet. 2004 Mar 6;363(9411):768-74.</li> <li>3. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Stroke 1997; 28(8):1530-1540</li> </ol> <p>Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. European Stroke Organisation. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. CerebrovascDis. 2008;25(5):457.</li> <li>2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Circulation 2008;115:e478-534.</li> </ol> |   |                               |                       |           |
| Methodische Beurteilung<br>der Vergleichbarkeit mit<br>Vorjahresergebnissen | Neue Kennzahl, im Vorjahr nicht berechnet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |                               |                       |           |

Funktionstherapie

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ID Indikator                                  | 80n1-8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Funktionstherapie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Qualitätsziel                                 | Schnelle bzw. regelmäßige Funktionstherapie:<br>a) Auffälligkeitskennzahl zur Datenqualität: Patienten ohne Funktionstherapie – Patienten ohne Funktionstherapie<br>b) Möglichst frühzeitige Funktionstherapie bei Physiotherapie / Ergotherapie<br>c) Möglichst frühzeitige Funktionstherapie bei Logopädie<br>d) Möglichst Durchführung Logopädie bei Sprach-, Sprechstörung oder Schluckstörung |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

AK1

| Definition Kennzahl             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|----------------|------------------------------------------------------------------|--------|----|---|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ID-Kennzahl                     | 80/1-AK1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Ergänzung Bezeichnung QI        | a) Auffälligkeitskennzahl zur Datenqualität: Patienten ohne Funktionstherapie<br>Ziel: Überprüfung der Dokumentationsqualität bei auffällig hoher Rate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Referenzbereich 2019            | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Erläuterung zum Referenzbereich | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Rechenregel                     | <p>Zähler: Patienten ohne Funktionstherapie</p> <p>Grundgesamtheit: Nicht innerhalb der ersten 48 Stunden verstorbene Patienten ohne „TIA“, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren und nicht zwecks Thrombolyse oder intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion oder intraarterieller Therapie ohne Wiederaufnahme verlegt wurden. Ausschluss von Patienten mit Verlegung innerhalb der ersten drei Tage.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Erläuterung der Rechenregel     | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Verwendete Datenfelder          | <p>Feldnamen 2019:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>56</td><td>B</td><td>Physiotherapie</td><td>0 = nein<br/>1 = &lt; 24 h<br/>2 = 24 – 48 h<br/>3 = 48 h – Ende Tag 7</td><td>PHYSIO</td></tr> <tr> <td>58</td><td>B</td><td>Logopädie</td><td>0 = nein<br/>1 = &lt; 24 h<br/>2 = 24 – 48 h<br/>3 = 48 h – Ende Tag 7<br/>9 = aus medizinischen Gründen in der ersten Woche nicht möglich</td><td>LOGO</td></tr> <tr> <td>31</td><td>B</td><td>Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br/>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme</td><td>VERLEGUNG</td></tr> <tr> <td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr> <tr> <td>44</td><td>B</td><td>Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt</td><td>GEFAESSDARSTELLUNG</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 56 | B | Physiotherapie | 0 = nein<br>1 = < 24 h<br>2 = 24 – 48 h<br>3 = 48 h – Ende Tag 7 | PHYSIO | 58 | B | Logopädie | 0 = nein<br>1 = < 24 h<br>2 = 24 – 48 h<br>3 = 48 h – Ende Tag 7<br>9 = aus medizinischen Gründen in der ersten Woche nicht möglich | LOGO | 31 | B | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG | 40 | B | Thrombolyse i.v | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 44 | B | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt | GEFAESSDARSTELLUNG |
| Item                            | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                          | Feldname           |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 09                              | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    | AUFNDATUM          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 11                              | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS         |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 18                              | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | PALLIATIV          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 56                              | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Physiotherapie                                                                                                                   | 0 = nein<br>1 = < 24 h<br>2 = 24 – 48 h<br>3 = 48 h – Ende Tag 7                                                                                                                                   | PHYSIO             |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 58                              | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Logopädie                                                                                                                        | 0 = nein<br>1 = < 24 h<br>2 = 24 – 48 h<br>3 = 48 h – Ende Tag 7<br>9 = aus medizinischen Gründen in der ersten Woche nicht möglich                                                                | LOGO               |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 31                              | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                               | VERLEGUNG          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 40                              | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Thrombolyse i.v                                                                                                                  | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV             |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 44                              | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion                                                                   | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt                                                                                                              | GEFAESSDARSTELLUNG |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                |                                                                  |        |    |   |           |                                                                                                                                     |      |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |

|                                                                             |                                                                          |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                             |                                                                          |   |                                                                                                | 3 = extern während<br>aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom<br>dokumentierenden KH-<br>Standort durchgeführt)                                                                                                           |                 |
|                                                                             | 52                                                                       | B | Intraarterielle<br>Therapie<br>(Thrombolyse i.a.<br>und/oder<br>mechanische<br>Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur<br>intraarteriellen Therapie<br>ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während<br>aktuellem Aufenthalt oder<br>vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom<br>dokumentierenden KH-<br>Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |
|                                                                             | 57                                                                       | B | Ergotherapie                                                                                   | 0 = nein<br>1 = < 24 h<br>2 = 24 – 48 h<br>3 = 48 h – Ende Tag 7<br>9 = aus medizinischen<br>Gründen in der ersten<br>Woche nicht möglich                                                                                     | ERGO            |
|                                                                             | 75                                                                       | B | Entlassungsdatum                                                                               |                                                                                                                                                                                                                               | ENTL DATUM      |
|                                                                             | 75-<br>09                                                                | B | Verweildauer                                                                                   | ENTL DATUM -<br>AUFN DATUM                                                                                                                                                                                                    | abstentl        |
|                                                                             | 76                                                                       | B | Entlassung-/Ver-<br>legungsdiagnose                                                            | ICD-10-<br>Einschlussdiagnose                                                                                                                                                                                                 | ENTL DIAG       |
|                                                                             | 77                                                                       | B | Entlassungsgrund                                                                               | § 301-Vereinbarung<br>07 = Tod                                                                                                                                                                                                | ENTL GRUND      |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-<br>Spezifikation                                 | 2019: Version 2019                                                       |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| Teildatensatzbezug                                                          | 80/1:B                                                                   |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| Operator                                                                    | Anteil                                                                   |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| Kommentar zur Kennzahl                                                      | -                                                                        |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| Methodische Beurteilung<br>der Vergleichbarkeit mit<br>Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar. |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |

**BW0007c11 ADSR**

| <b>Definition Kennzahl</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|-------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|----|---|---------|------------------------------------------------------------------|-------------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ID-Kennzahl                             | BW0007c11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | b) Möglichst frühzeitige Funktionstherapie bei Physiotherapie / Ergotherapie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Referenzbereich 2019                    | >= 90,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten &lt;= Tag 2 nach Aufnahme</p> <p>Grundgesamtheit: Patienten mit einer Verweildauer von mindestens 3 Tagen und Lähmungen und deutlicher Funktionseinschränkung (Rankin Scale &gt;= 3 und/oder Summe Barthel-Index &lt;= 70 bei Aufnahme), die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren und nicht zwecks Thrombolyse oder intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion oder intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme verlegt wurden. Ausschluss von Patienten mit Diagnose „TIA“ oder Koma bei Aufnahme.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Verwendete Datenfelder                  | <p>Feldnamen 2019:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>24</td><td>B</td><td>Bewusstseinslage bei Aufnahme</td><td>1 = wach<br/>2 = somnolent / soporös<br/>3 = komatös</td><td>AUFNBEWUSST</td></tr> <tr> <td>25</td><td>B</td><td>Paresen</td><td>0 = nein<br/>1 = ja<br/>2 = nicht bestimmbar<br/>3 = nicht bestimmt</td><td>AUFNPARESEN</td></tr> <tr> <td>31</td><td>B</td><td>Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br/>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme</td><td>VERLEGUNG</td></tr> <tr> <td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr> <tr> <td>44</td><td>B</td><td>Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt</td><td>GEFAESSDARSTELLUNG</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 24 | B | Bewusstseinslage bei Aufnahme | 1 = wach<br>2 = somnolent / soporös<br>3 = komatös | AUFNBEWUSST | 25 | B | Paresen | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht bestimmbar<br>3 = nicht bestimmt | AUFNPARESEN | 31 | B | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG | 40 | B | Thrombolyse i.v | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 44 | B | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt | GEFAESSDARSTELLUNG |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                          | Feldname           |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    | AUFNDATUM          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS         |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | PALLIATIV          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 24                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Bewusstseinslage bei Aufnahme                                                                                                    | 1 = wach<br>2 = somnolent / soporös<br>3 = komatös                                                                                                                                                 | AUFNBEWUSST        |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 25                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Paresen                                                                                                                          | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht bestimmbar<br>3 = nicht bestimmt                                                                                                                                   | AUFNPARESEN        |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 31                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                               | VERLEGUNG          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Thrombolyse i.v                                                                                                                  | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV             |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 44                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion                                                                   | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt                                                                                                              | GEFAESSDARSTELLUNG |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |         |                                                                  |             |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                                                                                                | 3 = extern während<br>aktuellem Aufenthalt<br>erfolgt<br>4 = ja (vom<br>dokumentierenden KH-<br>Standort durchgeführt)                                                                                                        |                 |
|                                             | 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B | Intraarterielle<br>Therapie<br>(Thrombolyse i.a.<br>und/oder<br>mechanische<br>Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur<br>intraarteriellen Therapie<br>ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während<br>aktuellem Aufenthalt oder<br>vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom<br>dokumentierenden KH-<br>Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |
|                                             | 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B | Rankin-Scale bei<br>Aufnahme                                                                   | 0 = keine Symptome<br>1 = keine wesentlichen<br>Funktionseinschränkunge<br>n trotz Symptome<br>2 = geringgradig<br>3 = mäßiggradig<br>4 = mittelschwer<br>5 = schwer<br>6 = Tod                                               | RANKINAUFN      |
|                                             | 56                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B | Physiotherapie                                                                                 | 0 = nein<br>1 = < 24 h<br>2 = 24 – 48 h<br>3 = 48 h – Ende Tag 7                                                                                                                                                              | PHYSIO          |
|                                             | 57                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B | Ergotherapie                                                                                   | 0 = nein<br>1 = < 24 h<br>2 = 24 – 48 h<br>3 = 48 h – Ende Tag 7<br>9 = aus medizinischen<br>Gründen in der ersten<br>Woche nicht möglich                                                                                     | ERGO            |
|                                             | 75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B | Entlassungsdatum                                                                               |                                                                                                                                                                                                                               | ENTLDATEM       |
|                                             | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B | Entlassung-/Ver-<br>legungsdiagnose                                                            | ICD-10-<br>Einschlussdiagnose                                                                                                                                                                                                 | ENTLDIAG        |
|                                             | 75-<br>09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B | Verweildauer                                                                                   | ENTLDATEM -<br>AUFNDATEM                                                                                                                                                                                                      | abstentl        |
|                                             | 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | F | Barthel-Index-Wert<br>bei Aufnahme                                                             | von Erfassungs-SW<br>berechnet                                                                                                                                                                                                | AUFNBART        |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-<br>Spezifikation | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| Teildatensatzbezug                          | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| Operator                                    | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |
| Kommentar zur Kennzahl                      | <p>Kennzahl gemäß ADSR:</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall (&lt;= Tag 2 nach Aufnahme) durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Lähmungen durch einen Physiotherapeuten während des Krankenhausaufenthaltes.</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>Mehrere Leitlinien empfehlen, so früh wie möglich mit der Rehabilitation zu beginnen (8-12). 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 wird ein QI vorgeschlagen, der die mit guter Evidenz belegte frühzeitigen Rehabilitation bei definierten</p> |   |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |                 |

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                              | <p>Ausfällen widerspiegeln soll.</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Originalarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Langhorne P, Pollock A. What are the components of effective stroke unit care? Age Ageing 2002; 31(5):365-371.</li> <li>(2) Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD002924.</li> <li>(3) Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev 2004;(1):CD000313.</li> <li>(4) Duncan PW, Horner RD, Reker DM, Samsa GP, Hoenig H, Hamilton B et al. Adherence to postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke. Stroke 2002; 33(1):167-177.</li> <li>(5) Reker DM, Duncan PW, Horner RD, Hoenig H, Samsa GP, Hamilton BB et al. Postacute stroke guideline compliance is associated with greater patient satisfaction. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83(6):750-756.</li> <li>(6) Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(1):CD000197.</li> <li>(7) Micieli G, Cavallini A, Quaglini S. Guideline compliance improves stroke outcome - A preliminary study in 4 districts in the Italian region of Lombardia. Stroke 2002; 33(5):1341-1347.</li> </ol> <p>Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(8) The European Stroke Initiative Executive Committee and EUSI Writing Committee. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003. Cerebrovasc Dis 2003; 16: 311–337.</li> <li>(9) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. A national clinical guideline, 2002.</li> <li>(10) Heart and Stroke Foundation of Ontario. Best Practice Guidelines for Stroke Care, 2003.</li> <li>(11) Stroke Foundation of New Zealand, New Zealand Guidelines Group. Life after Stroke. New Zealand guideline for management of stroke, 2003.</li> <li>(12) National Stroke Foundation (Australia). National Clinical Guidelines for Acute Stroke Management, 2003.</li> </ol> |
| <p>Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</p> | <p>Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**BW0007d11 ADSR**

| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|-------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|----|---|---------------|------------------------------------------------------------------|------------|----|---|---------------|------------------------------------------------------------------|------------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ID-Kennzahl                             | BW0007d11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | c) Möglichst frühzeitige Funktionstherapie bei Logopädie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
| Referenzbereich 2019                    | >= 80,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch Logopäden &lt;= Tag 2 nach Aufnahme</p> <p>Grundgesamtheit: Patienten mit einer Verweildauer von mindestens 3 Tagen und mit dokumentierter Sprach- , Sprech- oder Schluckstörung bei Aufnahme, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren und nicht zwecks Thrombolyse oder intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion oder intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme verlegt wurden. Ausschluss: Patienten mit Diagnose „TIA“ oder Koma bei Aufnahme oder Patienten, bei denen in der 1. Woche aus medizinischen Gründen keine Logopädie möglich war</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
| Erläuterung der Rechenregel             | Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall <= Tag 2 nach Aufnahme durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie und/oder Dysphagie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
|                                         | <table><tr><th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr><tr><td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr><tr><td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr><tr><td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr><tr><td>24</td><td>B</td><td>Bewusstseinslage bei Aufnahme</td><td>1 = wach<br/>2 = somnolent / soporös<br/>3 = komatös</td><td>AUFNBEWUSST</td></tr><tr><td>26</td><td>B</td><td>Sprachstörung</td><td>0 = nein<br/>1 = ja<br/>2 = nicht bestimmbar<br/>3 = nicht bestimmt</td><td>AUFNSPRACH</td></tr><tr><td>27</td><td>B</td><td>Sprechstörung</td><td>0 = nein<br/>1 = ja<br/>2 = nicht bestimmbar<br/>3 = nicht bestimmt</td><td>AUFNSPRECH</td></tr><tr><td>31</td><td>B</td><td>Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br/>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme</td><td>VERLEGUNG</td></tr><tr><td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt</td><td>LYSEIV</td></tr></table> | Item            | Bogen                                                                                                                                                                                             | Bezeichnung                                                                          | Schlüssel   | Feldname | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 24 | B | Bewusstseinslage bei Aufnahme | 1 = wach<br>2 = somnolent / soporös<br>3 = komatös | AUFNBEWUSST | 26 | B | Sprachstörung | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht bestimmbar<br>3 = nicht bestimmt | AUFNSPRACH | 27 | B | Sprechstörung | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht bestimmbar<br>3 = nicht bestimmt | AUFNSPRECH | 31 | B | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG | 40 | B | Thrombolyse i.v | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt | LYSEIV |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Bogen           | Bezeichnung                                                                                                                                                                                       | Schlüssel                                                                            | Feldname    |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
|                                         | 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B               | Aufnahmedatum                                                                                                                                                                                     |                                                                                      | AUFNDATUM   |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B               | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                                                                                 | 0 = nein<br>1 = ja                                                                   | EINSCHLUSS  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B               | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                                                                                         | 0 = nein<br>1 = ja                                                                   | PALLIATIV   |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
|                                         | 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B               | Bewusstseinslage bei Aufnahme                                                                                                                                                                     | 1 = wach<br>2 = somnolent / soporös<br>3 = komatös                                   | AUFNBEWUSST |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
|                                         | 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B               | Sprachstörung                                                                                                                                                                                     | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht bestimmbar<br>3 = nicht bestimmt                     | AUFNSPRACH  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
|                                         | 27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B               | Sprechstörung                                                                                                                                                                                     | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht bestimmbar<br>3 = nicht bestimmt                     | AUFNSPRECH  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
|                                         | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B               | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?                                                                  | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG   |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Thrombolyse i.v | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt | LYSEIV                                                                               |             |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                               |                                                    |             |    |   |               |                                                                  |            |    |   |               |                                                                  |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                   |        |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                      | 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion                  | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)         | GEFAESSDARSTELLUNG |
|                                      | 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN    |
|                                      | 58                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | Logopädie                                                                       | 0 = nein<br>1 = < 24 h<br>2 = 24 – 48 h<br>3 = 48 h – Ende Tag 7<br>9 = aus medizinischen Gründen in der ersten Woche nicht möglich                                                                        | LOGO               |
|                                      | 75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | Entlassungsdatum                                                                |                                                                                                                                                                                                            | ENTLDATUM          |
|                                      | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                                  | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                                                                                                                  | ENTLDIAG           |
|                                      | 75-09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B | Verweildauer                                                                    | ENTLDATUM - AUFNDATUM                                                                                                                                                                                      | abstentl           |
|                                      | 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | F | Schluckstörung                                                                  | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | SCHLUCKSTOER       |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Teildatensatzbezug                   | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Operator                             | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Kommentar zur Kennzahl               | <p>Kennzahl in Anlehnung an ADSR</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall &lt;= Tag 2 nach Aufnahme durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes.</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>Mehrere Leitlinien empfehlen, so früh wie möglich mit der Rehabilitation zu beginnen (8-12). 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 Operationalisierungs-möglichkeiten einzelner rehabilitativer Maßnahmen wird ein QI vorgeschlagen, der die mit guter Evidenz belegte frühzeitigen Rehabilitation bei definierten Ausfällen widerspiegeln soll.</p> <p><b>Literatur</b><br/>Originalarbeiten<br/>(1) Langhorne P, Pollock A. What are the components of effective stroke unit care? Age Ageing 2002; 31(5):365-371.<br/>(2) Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD002924.</p> |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | <p>(3) Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev 2004;(1):CD000313.</p> <p>(4) Duncan PW, Horner RD, Reker DM, Samsa GP, Hoenig H, Hamilton B et al. Adherence to postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke. Stroke 2002; 33(1):167-177.</p> <p>(5) Reker DM, Duncan PW, Horner RD, Hoenig H, Samsa GP, Hamilton BB et al. Postacute stroke guideline compliance is associated with greater patient satisfaction. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83(6):750-756.</p> <p>(6) Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(1):CD000197.</p> <p>(7) Micieli G, Cavallini A, Quaglini S. Guideline compliance improves stroke outcome - A preliminary study in 4 districts in the Italian region of Lombardia. Stroke 2002; 33(5):1341-1347.</p> <p>Leitlinien</p> <p>(8) The European Stroke Initiative Executive Committee and EUSI Writing Committee. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003. Cerebrovasc Dis 2003; 16: 311–337.</p> <p>(9) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. A national clinical guideline, 2002.</p> <p>(10) Heart and Stroke Foundation of Ontario. Best Practice Guidelines for Stroke Care, 2003.</p> <p>(11) Stroke Foundation of New Zealand, New Zealand Guidelines Group. Life after Stroke. New Zealand guideline for management of stroke, 2003.</p> <p>(12) National Stroke Foundation (Australia). National Clinical Guidelines for Acute Stroke Management, 2003.</p> |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**BW0007e11**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition Kennzahl</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| ID-Kennzahl                             | BW0007e11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | d) Möglichst Durchführung Logopädie bei Sprach-, Sprechstörung oder Schluckstörung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| Referenzbereich 2019                    | >= 90,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit in der ersten Woche durchgeführter Logopädie</p> <p>Grundgesamtheit: Patienten mit Sprach-, Sprech- oder Schluckstörung bei Aufnahme und Verweildauer von mindestens 3 Tagen, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren und nicht zwecks Thrombolyse oder intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion oder intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme verlegt wurden.</p> <p>Ausschluss von Patienten mit "TIA" oder bei denen in der 1. Woche aus medizinischen Gründen keine Logopädie möglich war.</p> |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Bogen | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                          |
|                                         | 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | F     | Schluckstörung                                                                                                                   | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 |
|                                         | 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B     | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 |
|                                         | 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B     | Sprachstörung                                                                                                                    | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht bestimmbar<br>3 = nicht bestimmt                                                                                                                                   |
|                                         | 27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B     | Sprechstörung                                                                                                                    | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht bestimmbar<br>3 = nicht bestimmt                                                                                                                                   |
|                                         | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B     | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                               |
|                                         | 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B     | Thrombolyse i.v                                                                                                                  | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) |
|                                         | 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B     | Intrakranielle                                                                                                                   | 0 = nein                                                                                                                                                                                           |

|                                                                       |                                                                          |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                       |                                                                          |   | Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion                                 | 1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)                     |                 |
|                                                                       | 52                                                                       | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |
|                                                                       | 58                                                                       | B | Logopädie                                                                       | 0 = nein<br>1 = < 24 h<br>2 = 24 – 48 h<br>3 = 48 h – Ende Tag 7<br>9 = aus medizinischen Gründen in der ersten Woche nicht möglich                                                                        | LOGO            |
|                                                                       | 75                                                                       | B | Entlassungsdatum                                                                |                                                                                                                                                                                                            | ENTLDATEM       |
|                                                                       | 76                                                                       | B | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                                  | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                                                                                                                  | ENTLDIAG        |
|                                                                       | 75-09                                                                    | B | Verweildauer                                                                    | ENTLDATEM - AUFNDATEM                                                                                                                                                                                      | abstentl        |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                       |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                   |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Operator                                                              | Anteil                                                                   |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | -                                                                        |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar. |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |

Risikoadjustierte Pneumonierate nach Hirninfarkt

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-11                                                                                                    |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 11                                                                                                         |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Risikoadjustierte Pneumonierate nach Hirninfarkt                                                           |
| Qualitätsziel                                 | Niedriger Anteil der Patienten nach Hirninfarkt, die im Krankenhaus eine Pneumonie (nosokomial) entwickeln |
| Indikatortyp                                  | Ergebnisqualität                                                                                           |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | 9b10 - Risikostratifizierung nach Alter, Beatmung (ratenbasiert)                                           |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                    |

**BW0009b10 ADSR**

| <b>Definition Kennzahl</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ID-Kennzahl                             | BW0009b10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Referenzbereich 2019                    | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit Komplikation „nosokomiale Pneumonie“</p> <p>Grundgesamtheit</p> <p>Gruppe 1: Alle Patienten mit Hirninfarkt, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren und nicht zwecks Thrombolyse oder intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion oder intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme verlegt wurden.</p> <p>Gruppe 2a: Gruppe 1, jedoch eingeschränkt auf Patienten MIT Beatmung</p> <p>Gruppe 2b (ID BW0009b10): Gruppe 1, jedoch eingeschränkt auf Patienten mit Hirninfarkt und OHNE Beatmung.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| Verwendete Datenfelder                  | <p>Feldnamen 2019:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>23</td><td>B</td><td>Beatmung innerhalb 24 h nach Aufnahme</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, für maximal 6 Stunden<br/>2 = ja, für mehr als 6 Stunden</td><td>BEATMUNG</td></tr> <tr> <td>31</td><td>B</td><td>Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br/>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme</td><td>VERLEGUNG</td></tr> <tr> <td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr> <tr> <td>44</td><td>B</td><td>Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt</td><td>GEFAESSDARSTELLUNG</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    |                    | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 23 | B | Beatmung innerhalb 24 h nach Aufnahme | 0 = nein<br>1 = ja, für maximal 6 Stunden<br>2 = ja, für mehr als 6 Stunden | BEATMUNG | 31 | B | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG | 40 | B | Thrombolyse i.v | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 44 | B | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt | GEFAESSDARSTELLUNG |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                          | Feldname           |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS         |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | PALLIATIV          |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 23                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Beatmung innerhalb 24 h nach Aufnahme                                                                                            | 0 = nein<br>1 = ja, für maximal 6 Stunden<br>2 = ja, für mehr als 6 Stunden                                                                                                                        | BEATMUNG           |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 31                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                               | VERLEGUNG          |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Thrombolyse i.v                                                                                                                  | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV             |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |
| 44                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion                                                                   | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt                                                                                                              | GEFAESSDARSTELLUNG |      |       |             |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                       |                                                                             |          |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                                                       |                    |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                  |                 |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |                                                                                                    | 3 = extern während<br>aktuellem Aufenthalt<br>erfolgt<br>4 = ja (vom<br>dokumentierenden KH-<br>Standort durchgeführt)                                                                                                           |                 |
|                                             | 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B | Intraarterielle<br>Therapie<br>(Thrombolyse<br>i.a. und/oder<br>mechanische<br>Rekanalisation<br>) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur<br>intraarteriellen Therapie<br>ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während<br>aktuellem Aufenthalt<br>oder vor Aufnahme<br>erfolgt<br>3 = ja (vom<br>dokumentierenden KH-<br>Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |
|                                             | 68                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B | nosokomiale<br>Pneumonie                                                                           | 1= ja                                                                                                                                                                                                                            | PNEU            |
|                                             | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | B | Entlassung-<br>/Ver-<br>legungsdiagno-<br>se                                                       | ICD-10-<br>Einschlussdiagnose                                                                                                                                                                                                    | ENTLDIAG        |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-<br>Spezifikation | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                  |                 |
| Teildatensatzbezug                          | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                  |                 |
| Operator                                    | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                  |                 |
| Kommentar zur Kennzahl                      | <p>Kennzahl gemäß ADSR:</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Niedriger Anteil der Patienten nach Hirninfarkt, die im Krankenhaus eine Pneumonie entwickeln.</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>Die Pneumonie ist eine der häufigsten Komplikationen nach einem Schlaganfall (1-8). Die Pneumonie ist die Komplikation mit dem höchsten populationsbasierten attributablen Risiko für Tod im Krankenhaus (2). Es gibt Hinweise darauf, dass die Rate an Aspirationspneumonien durch Programme zur Entdeckung und Behandlung von Schluckstörungen gesenkt werden kann (10). Unterschiedliche Faktoren zeigen Einfluss auf die Häufigkeit einer Pneumonie nach Schlaganfall. Hierzu zählen Alter, Schweregrad, Komorbidität sowie Schlaganfall-Klassifikation und -Lokalisation (1, 7-9).</p> <p><b>Literatur</b><br/>Originalarbeiten<br/>(1) Aslanyan S, Weir CJ, Diener HC, Kaste M, Lees KR. Pneumonia and urinary tract infection after acute ischaemic stroke: a tertiary analysis of the GAIN International trial. Eur J Neurol 2004; 11(1):49-53.<br/>(2) Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Misselwitz B, Hermanek P, Leffmann C, Janzen RWC et al. Predictors of In-Hospital Mortality and Attributable Risks of Death after Ischemic Stroke. The German Stroke Registers Study Group. Arch.Intern.Med. 2004;164(16):1761-8.<br/>(3) Johnston KC, Li JY, Lyden PD, Hanson SK, Feasby TE, Adams RJ et al. Medical and neurological complications of ischemic stroke: experience from the RANTTAS trial. RANTTAS Investigators. Stroke 1998; 29(2):447-453.<br/>(4) Katzan IL, Hammer MD, Furlan AJ, Hixson ED, Nadzam DM. Quality improvement and tissue-type plasminogen activator for acute ischemic stroke: a Cleveland update. Stroke 2003; 34(3):799-800.<br/>(5) Newell SD, Jr., Englert J, Box-Taylor A, Davis KM, Koch KE. Clinical efficiency tools improve stroke management in a rural southern health system. Stroke 1998; 29(6):1092-1098.<br/>(6) Weimar C, Roth MP, Zillesen G, Glahn J, Wimmer ML, Busse O et al. Complications following acute ischemic stroke. Eur Neurol 2002; 48(3):133-140.</p> |   |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                  |                 |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | <p>(7) Hamidon BB, Raymond AA, Norlinah MI, Jefferelli SB. The predictors of early infection after an acute ischaemic stroke. Singapore Med J 2003; 44(7):344-346.</p> <p>(8) Hilker R, Poetter C, Findeisen N, Sobesky J, Jacobs A, Neveling M et al. Nosocomial pneumonia after acute stroke: implications for neurological intensive care medicine. Stroke 2003; 34(4):975-981.</p> <p>(9) Katzan IL, Cebul RD, Husak SH, Dawson NV, Baker DW. The effect of pneumonia on mortality among patients hospitalized for acute stroke. Neurology 2003; 60(4):620-625.</p> <p>(10) Doggett DL, Tappe KA, Mitchell MD, Chapell R, Coates V, Turkelson CM. Prevention of pneumonia in elderly stroke patients by systematic diagnosis and treatment of dysphagia: an evidence-based comprehensive analysis of the literature. Dysphagia 2001; 16(4):279-295.</p> |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Letalität

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-12                                                                                                                                       |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 12                                                                                                                                            |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Letalität (risikoadjustiert)                                                                                                                  |
| Qualitätsziel                                 | Geringe risikoadjustierte Letalität                                                                                                           |
| Indikatortyp                                  | Ergebnisqualität                                                                                                                              |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Risikoadjustierung mittels Stratifizierung (Alter, Entlassungsdiagnose „Blutung“),<br>Vorhofflimmern, Diabetes, Reinsult, Patientenverfügung) |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                                       |

**BW0011a11**

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |       |                                                           |                                                                          |            |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Definition Kennzahl</b>                                            |                                                                                                                                                                                                    |       |                                                           |                                                                          |            |
| ID-Kennzahl                                                           | BW0011a11                                                                                                                                                                                          |       |                                                           |                                                                          |            |
| Ergänzung Bezeichnung QI                                              | Geringe risikoadjustierte Letalität bei Patienten bis 80 Jahre ohne Blutung, ohne Vorhofflimmern, ohne Diabetes                                                                                    |       |                                                           |                                                                          |            |
| Referenzbereich 2019                                                  | Nicht definiert                                                                                                                                                                                    |       |                                                           |                                                                          |            |
| Erläuterung zum Referenzbereich                                       | -                                                                                                                                                                                                  |       |                                                           |                                                                          |            |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog>                               | -                                                                                                                                                                                                  |       |                                                           |                                                                          |            |
| Rechenregel                                                           | Zähler: Patienten mit Entlassungsgrund „Tod“<br><br>Grundgesamtheit: Alle Patienten bis 80 Jahre ohne Blutung, ohne Vorhofflimmern, ohne Diabetes, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren. |       |                                                           |                                                                          |            |
| Erläuterung der Rechenregel                                           | -                                                                                                                                                                                                  |       |                                                           |                                                                          |            |
| Verwendete Datenfelder                                                | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                    |       |                                                           |                                                                          |            |
|                                                                       | Item                                                                                                                                                                                               | Bogen | Bezeichnung                                               | Schlüssel                                                                | Feldname   |
|                                                                       | 11                                                                                                                                                                                                 | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien         | 0 = nein<br>1 = ja                                                       | EINSCHLUSS |
|                                                                       | 06                                                                                                                                                                                                 | B     | Geburtsdatum                                              |                                                                          | GEBDATUM   |
|                                                                       | 09                                                                                                                                                                                                 | B     | Aufnahmedatum                                             |                                                                          | AUFNDATUM  |
|                                                                       | 18                                                                                                                                                                                                 | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja                                                       | PALLIATIV  |
|                                                                       | 59                                                                                                                                                                                                 | B     | Diabetes mellitus                                         | 0 = nein<br>1 = ja                                                       | DIABETES   |
|                                                                       | 60                                                                                                                                                                                                 | B     | Vorhofflimmern                                            | 0 = nein / unbekannt<br>1 = ja, vorbekannt<br>2 = ja, neu diagnostiziert | VORHOFFLIM |
|                                                                       | 76                                                                                                                                                                                                 | B     | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                            | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                | ENTLDIAG   |
|                                                                       | 77                                                                                                                                                                                                 | B     | Entlassungsgrund                                          | § 301-Vereinbarung<br>07 = Tod                                           | ENTLGRUND  |
|                                                                       | 09-06                                                                                                                                                                                              | B     | Alter                                                     | AUFNDATUM - GEBDATUM                                                     | Alter      |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                 |       |                                                           |                                                                          |            |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                                             |       |                                                           |                                                                          |            |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                             |       |                                                           |                                                                          |            |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | -                                                                                                                                                                                                  |       |                                                           |                                                                          |            |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                           |       |                                                           |                                                                          |            |

Frühe Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-13                                                                                                    |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 13                                                                                                         |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Frühe Krankenhaussterblichkeit nach akutem Schlaganfall                                                    |
| Qualitätsziel                                 | Niedriger Anteil an Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus „verstorben“ bis einschließlich Tag 7 |
| Indikatortyp                                  | Ergebnisqualität                                                                                           |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Risikoadjustierung mittels Stratifizierung (Vorhofflimmern, Diabetes)                                      |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                    |

**BW0011b11 ADR**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                           |                                                                          |            |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                           |                                                                          |            |
| ID-Kennzahl                             | BW0011b11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                           |                                                                          |            |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                           |                                                                          |            |
| Referenzbereich 2019                    | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                           |                                                                          |            |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                           |                                                                          |            |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                           |                                                                          |            |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit Entlassungsgrund „Tod“ bis einschließlich Tag 7</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Hirninfarkt und ohne Vorhofflimmern und ohne Diabetes. Ausschluss von Patienten, die vor dem siebten Tag des Krankenhausaufenthaltes in eine andere Akutklinik, andere Abteilung, Rehabilitationsklinik oder Pflegeeinrichtung verlegt worden sind oder Patienten, bei denen bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vorlag.</p>                                                                                                                              |       |                                                           |                                                                          |            |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                           |                                                                          |            |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                           |                                                                          |            |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Bogen | Bezeichnung                                               | Schlüssel                                                                | Feldname   |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien         | 0 = nein<br>1 = ja                                                       | EINSCHLUSS |
|                                         | 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Aufnahmedatum                                             |                                                                          | AUFNDATUM  |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja                                                       | PALLIATIV  |
|                                         | 59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Diabetes mellitus                                         | 0 = nein<br>1 = ja                                                       | DIABETES   |
|                                         | 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Vorhofflimmern                                            | 0 = nein / unbekannt<br>1 = ja, vorbekannt<br>2 = ja, neu diagnostiziert | VORHOFFLIM |
|                                         | 75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Entlassungsdatum                                          |                                                                          | ENTLDATE   |
|                                         | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                            | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                | ENTLDIAG   |
|                                         | 77                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Entlassungsgrund                                          | § 301-Vereinbarung<br>07 = Tod                                           | ENTLGRUND  |
|                                         | 75-09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B     | Verweildauer                                              | ENTLDATE - AUFNDATUM                                                     | abstentl   |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation    | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                                                           |                                                                          |            |
| Teildatensatzbezug                      | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                           |                                                                          |            |
| Operator                                | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                           |                                                                          |            |
| Kommentar zur Kennzahl                  | ADSR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                           |                                                                          |            |
|                                         | <b>Qualitätsziel</b><br>Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus „verstorben“ am Tag 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                           |                                                                          |            |
|                                         | <b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br>Sterblichkeit ist ein zentraler Punkt für Patienten und Behandler. Sterblichkeit ist gut messbar und ist der härteste Outcome Parameter. Eine Adjustierung für potenzielle Einflussfaktoren der Sterblichkeit ist gut möglich (1-11). Trenddarstellung der Entwicklung der Sterblichkeit über die Zeit sind möglich (4,6). Aktuelle Basisdaten sind für Deutschland verfügbar zu Varianz, zeitlichem Verlauf und Möglichkeiten der Risikoadjustierung; so versterben derzeit circa 5% aller Patienten nach Hirninfarkt (11). |       |                                                           |                                                                          |            |
|                                         | <b>Literatur</b><br>Originalarbeiten<br>(1) Arboix A, Garcia-Eroles L, Massons J, Oliveres M, Targa C. Acute stroke in very old people: clinical features and predictors of in-hospital mortality. J Am Geriatr Soc 2000; 48(1):36-41.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                           |                                                                          |            |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | <p>(2) Baptista MV, van Melle G, Bogousslavsky J. Prediction of in-hospital mortality after first-ever stroke: the Lausanne Stroke Registry. J Neurol Sci 1999; 166(2):107-114.</p> <p>(3) Duffy BK, Phillips PA, Davis SM, Donnan GA, Vedadhaghi ME. Evidence-based care and outcomes of acute stroke managed in hospital specialty units. Med J Aust 2003; 178(7):318-323.</p> <p>(4) Fang J, Alderman MH. Trend of stroke hospitalization, United States, 1988-1997. Stroke 2001; 32(10):2221-2226.</p> <p>(5) Gillum LA, Johnston SC. Characteristics of academic medical centers and ischemic stroke outcomes. Stroke 2001; 32(9):2137-2142.</p> <p>(6) Kennedy BS, Kasl SV, Brass LM, Vaccarino V. Trends in hospitalized stroke for blacks and whites in the United States, 1980-1999. Neuroepidemiology 2002; 21(3):131-141.</p> <p>(7) Reed SD, Blough DK, Meyer K, Jarvik JG. Inpatient costs, length of stay, and mortality for cerebrovascular events in community hospitals. Neurology 2001; 57(2):305-314.</p> <p>(8) Silvestrelli G, Corea F, Paciaroni M, Milia P, Palmerini F, Parnetti L et al. The Perugia hospital-based Stroke Registry: report of the 2nd year. Clin Exp Hypertens 2002; 24(7-8):485-491.</p> <p>(9) Wong KS. Risk factors for early death in acute ischemic stroke and intracerebral hemorrhage: A prospective hospital-based study in Asia. Asian Acute Stroke Advisory Panel. Stroke 1999; 30(11):2326-2330.</p> <p>(10) Yoneda Y, Uehara T, Yamasaki H, Kita Y, Tabuchi M, Mori E. Hospital-based study of the care and cost of acute ischemic stroke in Japan. Stroke 2003; 34(3):718-724.</p> <p>(11) Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Misselwitz B, Hermanek P, Leffmann C, Janzen RWC et al. Predictors of In-Hospital Mortality and Attributable Risks of</p> |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe

|                                               |                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                                                                          |
| ID Indikator                                  | 80n1-15                                                                                                                                                                  |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 15                                                                                                                                                                       |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe                                                                                   |
| Qualitätsziel                                 | Therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach Hirninfarkt oder TIA als Sekundärprophylaxe bei Entlassung sofern keine Kontraindikationen bestehen |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                                                                                          |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                                                                                    |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                                                                  |

**BW0001411 ADSR**

| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                  |                                                                                             |                   |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|--------------|--|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---|----------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|----|---|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|---|--------------------------------|---------------------------|----------|----|---|------------------|--------------------------------|-----------|----|---|--------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|----|---|------------------|--|-----------|-------|---|--------------|-----------------------|----------|
| ID-Kennzahl                             | BW0001411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                             |                   |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                             |                   |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| Referenzbereich 2019                    | >= 90,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                             |                   |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                             |                   |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                             |                   |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung oder mit Empfehlung zur Antikoagulation im Entlassbrief</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt mit Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen werden und die bei Entlassung mobil (operationalisiert durch die Kategorien 5-15 im Item „Auf- &amp; Umsetzen“ und die Kategorien 10-15 im Item „Aufstehen &amp; Gehen“ im Barthel-Index bei Entlassung gemäß Hamburger Manual) sowie wenig beeinträchtigt (operationalisiert durch Rankin Scale 0-3 bei Entlassung) sind und die nicht bereits bei Aufnahme oder im Verlauf als palliativ eingestuft wurden. Ausschluss von Patienten mit Verlegung innerhalb von 24 Stunden.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                             |                   |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                             |                   |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| Verwendete Datenfelder                  | <p>Feldnamen 2019:</p> <table><tr><th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr><tr><td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr><tr><td>06</td><td>B</td><td>Geburtsdatum</td><td></td><td>GEBDATUM</td></tr><tr><td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr><tr><td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr><tr><td>31</td><td>B</td><td>Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br/>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme</td><td>VERLEGUNG</td></tr><tr><td>60</td><td>B</td><td>Vorhofflimmern</td><td>0 = nein / unbekannt<br/>1 = ja, vorbekannt<br/>2 = ja, neu diagnostiziert</td><td>VORHOFFLIM</td></tr><tr><td>80</td><td>B</td><td>Antikoagulation einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, Vitamin-K-Antagonisten<br/>2 = ja, DOAK (direkte orale Antikoagulantien)</td><td>ANTIKOAG</td></tr><tr><td>76</td><td>B</td><td>Entlassung-/Verlegungsdiagnose</td><td>ICD-10-Einschlussdiagnose</td><td>ENTLDIAG</td></tr><tr><td>77</td><td>B</td><td>Entlassungsgrund</td><td>§ 301-Vereinbarung<br/>07 = Tod</td><td>ENTLGRUND</td></tr><tr><td>71</td><td>B</td><td>Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIVVORGEHEN</td></tr><tr><td>75</td><td>B</td><td>Entlassungsdatum</td><td></td><td>ENTLDATEM</td></tr><tr><td>75-09</td><td>B</td><td>Verweildauer</td><td>ENTLDATEM - AUFNDATUM</td><td>abstentl</td></tr></table> | Item                                                                                                                             | Bogen                                                                                       | Bezeichnung       | Schlüssel | Feldname | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 06 | B | Geburtsdatum |  | GEBDATUM | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 31 | B | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG | 60 | B | Vorhofflimmern | 0 = nein / unbekannt<br>1 = ja, vorbekannt<br>2 = ja, neu diagnostiziert | VORHOFFLIM | 80 | B | Antikoagulation einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief | 0 = nein<br>1 = ja, Vitamin-K-Antagonisten<br>2 = ja, DOAK (direkte orale Antikoagulantien) | ANTIKOAG | 76 | B | Entlassung-/Verlegungsdiagnose | ICD-10-Einschlussdiagnose | ENTLDIAG | 77 | B | Entlassungsgrund | § 301-Vereinbarung<br>07 = Tod | ENTLGRUND | 71 | B | Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIVVORGEHEN | 75 | B | Entlassungsdatum |  | ENTLDATEM | 75-09 | B | Verweildauer | ENTLDATEM - AUFNDATUM | abstentl |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                   | Feldname          |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                          | EINSCHLUSS        |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 06                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Geburtsdatum                                                                                                                     |                                                                                             | GEBDATUM          |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                             | AUFNDATUM         |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                          | PALLIATIV         |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 31                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme        | VERLEGUNG         |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 60                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Vorhofflimmern                                                                                                                   | 0 = nein / unbekannt<br>1 = ja, vorbekannt<br>2 = ja, neu diagnostiziert                    | VORHOFFLIM        |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 80                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Antikoagulation einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief                                                                    | 0 = nein<br>1 = ja, Vitamin-K-Antagonisten<br>2 = ja, DOAK (direkte orale Antikoagulantien) | ANTIKOAG          |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 76                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                                                                                   | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                   | ENTLDIAG          |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 77                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Entlassungsgrund                                                                                                                 | § 301-Vereinbarung<br>07 = Tod                                                              | ENTLGRUND         |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 71                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen?                                                                           | 0 = nein<br>1 = ja                                                                          | PALLIATIVVORGEHEN |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 75                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Entlassungsdatum                                                                                                                 |                                                                                             | ENTLDATEM         |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |
| 75-09                                   | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Verweildauer                                                                                                                     | ENTLDATEM - AUFNDATUM                                                                       | abstentl          |           |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |              |  |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                |                                                                          |            |    |   |                                                               |                                                                                             |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |

|                                      |                    |   |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|--------------------------------------|--------------------|---|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                      | 79                 | B | Rankin-Scale bei Entlassung                     | 0 = keine Symptome<br>1 = keine wesentlichen Funktionseinschränkungen trotz Symptome<br>2 = geringgradig<br>3 = mäßiggradig<br>4 = mittelschwer<br>5 = schwer<br>6 = Tod                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | RANKINENTL       |
|                                      | 09-06              | B | Alter                                           | AUFNDATUM – GEBDATUM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Alter            |
|                                      | 17                 | F | Pflegeüberleitungs-bogen                        | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht notwendig, da Patient ohne Einschränkung (Barthel-Index bei Entlassung entspricht 100 Punkte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | UeberleitBogen   |
|                                      | 20                 | F | Barthel-Index bei Entlassung: Auf- & Umsetzen   | 0 = wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert<br>5 = erhebliche Hilfe<br>10 = Aufsicht oder geringe Hilfe<br>15 = komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTLBARTTRANSFER |
|                                      | 24                 | F | Barthel-Index bei Entlassung: Aufstehen & Gehen | 0 = erfüllt „5“ nicht<br>5 = mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen - alternativ: im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl<br>10 = ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <b>mit</b> Hilfe eines Gehwagen gehen<br>15 = ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <b>ohne</b> Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen | ENTLBARTGEHEN    |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation | 2019: Version 2019 |   |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| Teildatensatzbezug                   | 80/1:B             |   |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | <p>Kennzahl gemäß ADSR</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach Hirninfarkt oder TIA als Sekundärprophylaxe bei Entlassung sofern keine Kontraindikationen bestehen.</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>Bei Schlaganfall mit Vorhofflimmern stellt die Antikoagulation die wirksamste Reinfarktprophylaxe dar.</p> <p><b>Literatur</b><br/>Originalarbeiten<br/>(1) 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.<br/>(2) van Walraven C, Hart RG, Singer DE, Laupacis A, Connolly S, Petersen P et al. Oral anticoagulants vs aspirin in nonvalvular atrial fibrillation: an individual patient meta-analysis. JAMA 2002; 288(19):2441-2448.<br/>(3) Go AS, Hylek EM, Chang Y, Phillips KA, Henault LE, Capra AM et al. Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: how well do randomized trials translate into clinical practice? JAMA 2003; 290(20):2685-2692.<br/>(4) Gubitz G, Counsell C, Sandercock P, Signorini D. Anticoagulants for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD000024.<br/>(5) Berge E, Sandercock P. Anticoagulants versus antiplatelet agents for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(4):CD003242.<br/>Leitlinien<br/>(6) Leitlinie „Akute zerebrale Ischämie“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), erstellt 01.05.2002; aufzufinden unter: <a href="http://www.dgn.org/59.0.html">http://www.dgn.org/59.0.html</a>.<br/>(7) The European Stroke Initiative Executive Committee and EUSI Writing Committee. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update 2003. Cerebrovasc Dis 2003; 16: 311–337<br/>(8) Adams HP, Adams RJ, Brott T et al. Guidelines for the Early management of Patients with Ischemic Stroke. A statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke 2003; 34: 1056–1083.<br/>(9) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke. I: Assessment, Investigation, Immediate Management and Secondary Prevention. A National Clinical Guideline recommended for use in Scotland,1997.<br/>(10) Royal College of Physicians, Intercollegiate Working Party for Stroke. National Clinical Guidelines for Stroke. Upd. 2002.<br/>(11) Heart and Stroke Foundation of Ontario. Best Practice Guidelines for Stroke Care, 2003.<br/>(12) Stroke Foundation of New Zealand, New Zealand Guidelines Group. Life after Stroke. New Zealand guideline for management of stroke, 2003.<br/>(13) National Stroke Foundation (Australia). National Clinical Guidelines for Acute Stroke Management, 2003.<br/>(14) Coull BM, Williams LS Goldstein LB et al. Anticoagulants and Antiplatelet Agents in Acute Ischemic Stroke. Report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a Division of the American Heart Association). Stroke 2002; 33: 1934–1942.</p> |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

Sekundärprävention – Statin-Gabe/Empfehlung bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt

|                                               |                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                                          |
| ID Indikator                                  | 80n1-21                                                                                                                                  |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 21                                                                                                                                       |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Sekundärprävention – Statin-Gabe/Empfehlung bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt / TIA                                           |
| Qualitätsziel                                 | Hoher Anteil von Patienten mit sekundärprophylaktischer Gabe / Empfehlung von Statinen nach Hirninfarkt / TIA bei Entlassung / Verlegung |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                                                          |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                                                    |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                                  |

**BW0001815 ADSR**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| ID-Kennzahl                             | BW0001815                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| Referenzbereich 2019                    | >= 82,67 % (Toleranzbereich entsprechend der 10. Perzentile)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten, die zum Entlassungszeitpunkt ein Statin erhielten oder denen ein Statin verordnet/empfohlen wurde</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt / TIA, die nicht bereits bei Aufnahme oder im Verlauf als palliativ eingestuft wurden.<br/>(Ausschluss von verstorbenen Patienten oder Patienten mit Verlegung in ein anderes KH innerhalb von 12 Stunden ohne Wiederaufnahme)</p> |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Bogen | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                            | Feldname          |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                   | EINSCHLUSS        |
|                                         | 06                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Geburtsdatum                                                                                                                     |                                                                                      | GEBDATUM          |
|                                         | 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                      | AUFNDATUM         |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                   | PALLIATIV         |
|                                         | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG         |
|                                         | 81                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Sekundärprophylaxe mit Statinen bei Entlassung                                                                                   | 0 = nein<br>1 = ja                                                                   | STATINEN          |
|                                         | 71                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen?                                                                           | 0 = nein<br>1 = ja                                                                   | PALLIATIVVORGEHEN |
|                                         | 75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Entlassungsdatum                                                                                                                 |                                                                                      | ENTLDATUM         |
|                                         | 75-09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B     | Verweildauer                                                                                                                     | ENTLDATUM - AUFNDATUM                                                                | abstentl          |
|                                         | 76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                                                                                   | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                            | ENTLDIAG          |
|                                         | 77                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B     | Entlassungsgrund                                                                                                                 | § 301-Vereinbarung<br>07 = Tod                                                       | ENTLGRUND         |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation    | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| Teildatensatzbezug                      | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| Operator                                | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
| Kommentar zur Kennzahl                  | Kennzahl gemäß ADSR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |
|                                         | <b>Qualitätsziel</b><br>Hoher Anteil von Patienten mit therapeutischer Gabe von Statinen nach Hirninfarkt / TIA bei                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                  |                                                                                      |                   |

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                              | <p>Entlassung/Verlegung</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b></p> <p>Systematische Übersichtsarbeiten zeigten, dass die Gabe von Statinen das Risiko eines erneuten Schlaganfalls bei Patienten mit ischämischen Insult oder TIA senkt. Ebenso wird das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse in dieser Patientengruppe reduziert. Die SPARCL-Studie, in der ein hochdosiertes Statin mit einem Placebo bei Schlaganfall-Patienten verglichen wurde, wies die stärksten Effekte nach. In weiteren Studien war eine Risikoreduktion kardiovaskulärer Ereignisse sowohl bei Patienten mit als auch ohne kardiovaskuläre Begleiterkrankungen festzustellen.</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Originalarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afilalo J et al. Statins for secondary prevention in elderly patients. JACC 2008; 51 (1): 37-45</li> <li>2. Amarenco P et al. High-dose atorvastatin after Stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med 2006; 355 (6): 549-59</li> <li>3. Davis S &amp; Donnan G. Secondary Prevention after ischemic stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med 2012; 366 (20): 1914-22</li> <li>4. Di Legge S. et al. Stroke prevention: Managing modifiable risk factors. Stroke research and treatment 2012; Article ID 391538, 15 pages</li> <li>5. Goldstein LB et al. Hemorrhagic stroke in the stroke prevention by aggressive reduction in cholesterol levels study. Neurology 2008;70: 2364-70</li> <li>6. Manktelow B &amp; Potter J. Interventions in the management of serum lipids for preventing stroke recurrence. Stroke 2009; 40: 622-23</li> <li>7. Rothwell P et al. Medical treatment in acute and long-term secondary prevention after transient ischaemic attack and ischaemic stroke. Lancet 2011;377: 1681-92</li> <li>8. Savarese G et al. Benefits of statins in elderly subjects without established cardiovascular disease. JACC 2013; 62 (22): 2090-99</li> </ol> <p>Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clinical Guidelines for stroke management 2010. National Stroke Foundation (ed.). Melbourne, Australia</li> <li>2. Diener HC &amp; Weimar C. Die neue S3-Leitlinie „Schlaganfallprävention“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft. Psychopharmakotherapie 2013; 20 (2): 58-65</li> <li>3. Endres M. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: Sekundärprophylaxe des ischämischen Insults. Stand September 2012</li> <li>4. Furie KL et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack. A Guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2011; 42: 227-276</li> </ol> |
| <p>Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</p> | <p>Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Rehabilitation

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-17                                              |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 17                                                   |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Rehabilitation                                       |
| Qualitätsziel                                 | Häufige und schnelle Organisation der Rehabilitation |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                      |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                              |

**BW0000811**

| <b>Definition Kennzahl</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---|--------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|----|---|------------------|--|-----------|-------|---|--------------|-----------------------|----------|----|---|--------------------------------|---------------------------|----------|----|---|------------------|--------------------------------|-----------|----|---|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|---|------------------------------------------------------|--------------------|------|
| ID-Kennzahl                             | BW0000811 ADSR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| Referenzbereich 2019                    | >= 70,00 % (Zielbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| Rechenregel                             | Zähler: Patienten mit ambulanter oder stationärer Rehabilitation veranlasst (§40 SGB V)<br><br>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne TIA, die nicht bereits bei Aufnahme oder im Verlauf als palliativ eingestuft wurden. Ausschluss von Patienten mit Entlassungsgrund „Tod“ oder Entlassung in ein Hospiz oder Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder Verlegung in ein anderes Krankenhaus i.R.e. Zusammenarbeit oder Verweildauer < 24 Stunden oder Rankin bei Entlassung < 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr> <tr> <td>31</td><td>B</td><td>Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br/>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme</td><td>VERLEGUNG</td></tr> <tr> <td>71</td><td>B</td><td>Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIVVORGEHEN</td></tr> <tr> <td>75</td><td>B</td><td>Entlassungsdatum</td><td></td><td>ENTLDATEM</td></tr> <tr> <td>75-09</td><td>B</td><td>Verweildauer</td><td>ENTLDATEM - AUFNDATUM</td><td>abstentl</td></tr> <tr> <td>76</td><td>B</td><td>Entlassung-/Verlegungsdiagnose</td><td>ICD-10-Einschlussdiagnose</td><td>ENTLDIAG</td></tr> <tr> <td>77</td><td>B</td><td>Entlassungsgrund</td><td>§ 301-Vereinbarung<br/>07 = Tod</td><td>ENTLGRUND</td></tr> <tr> <td>79</td><td>B</td><td>Rankin-Scale bei Entlassung</td><td>0 = keine Symptome<br/>1 = keine wesentlichen Funktionseinschränkungen trotz Symptome<br/>2 = geringgradig<br/>3 = mäßiggradig<br/>4 = mittelschwer<br/>5 = schwer<br/>6 = Tod</td><td>RANKINENTL</td></tr> <tr> <td>82</td><td>B</td><td>Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>REHA</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 31 | B | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG | 71 | B | Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIVVORGEHEN | 75 | B | Entlassungsdatum |  | ENTLDATEM | 75-09 | B | Verweildauer | ENTLDATEM - AUFNDATUM | abstentl | 76 | B | Entlassung-/Verlegungsdiagnose | ICD-10-Einschlussdiagnose | ENTLDIAG | 77 | B | Entlassungsgrund | § 301-Vereinbarung<br>07 = Tod | ENTLGRUND | 79 | B | Rankin-Scale bei Entlassung | 0 = keine Symptome<br>1 = keine wesentlichen Funktionseinschränkungen trotz Symptome<br>2 = geringgradig<br>3 = mäßiggradig<br>4 = mittelschwer<br>5 = schwer<br>6 = Tod | RANKINENTL | 82 | B | Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst? | 0 = nein<br>1 = ja | REHA |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                | Feldname          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          | AUFNDATUM         |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                       | EINSCHLUSS        |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                       | PALLIATIV         |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 31                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                     | VERLEGUNG         |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 71                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen?                                                                           | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                       | PALLIATIVVORGEHEN |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 75                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Entlassungsdatum                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | ENTLDATEM         |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 75-09                                   | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Verweildauer                                                                                                                     | ENTLDATEM - AUFNDATUM                                                                                                                                                    | abstentl          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 76                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                                                                                   | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                                                                                | ENTLDIAG          |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 77                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Entlassungsgrund                                                                                                                 | § 301-Vereinbarung<br>07 = Tod                                                                                                                                           | ENTLGRUND         |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 79                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Rankin-Scale bei Entlassung                                                                                                      | 0 = keine Symptome<br>1 = keine wesentlichen Funktionseinschränkungen trotz Symptome<br>2 = geringgradig<br>3 = mäßiggradig<br>4 = mittelschwer<br>5 = schwer<br>6 = Tod | RANKINENTL        |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| 82                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst?                                                                             | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                       | REHA              |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |
| Datenbasis QiG BW GmbH-                 | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                   |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                                                        |                    |                   |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                                |                           |          |    |   |                  |                                |           |    |   |                             |                                                                                                                                                                          |            |    |   |                                                      |                    |      |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Spezifikation                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | <p>Kennzahl in Anlehnung an ADSR</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Möglichst hoher Anteil der Patienten, die nach Entlassung eine medizinische Rehabilitation nach Schlaganfall erhalten</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>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.<br/>"Even with optimal stroke unit care including thrombolysis, fewer than one third of patients recover fully from stroke. Rehabilitation aims to enable people with disabilities to reach and maintain optimal physical, intellectual, psychological and/or social function. Goals of rehabilitation can shift from initial input to minimize impairment to more complex interventions designed to encourage active participation." (ESO Guideline 2008)</p> <p><b>Literatur</b><br/>Originalarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ronning OM, Guldvog B: Outcome of subacute stroke rehabilitation: a randomized controlled trial. <i>Stroke</i> 1998;29:779-784.</li> <li>2. Legg L, Langhorne P: Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. <i>Lancet</i> 2004;363:352-356.</li> <li>3. Langhorne P, Taylor G, Murray G, Dennis M, Anderson C, Bautz-Holter E, Dey P, Indredavik B, Mayo N, Power M, Rodgers H, Ronning OM, Rudd A, Suwanwela N, Widen-Holmqvist L, Wolfe C: Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. <i>Lancet</i> 2005;365:501-506.</li> <li>4. Lincoln NB, Husbands S, Trescoli C, Drummond AE, Gladman JR, Berman P: Five year follow up of a randomised controlled trial of a stroke rehabilitation unit. <i>BMJ</i> 2000;320:549.</li> <li>5. WHO: International classification of functioning disability and Health. Geneva World Health Organisation. 2001</li> <li>6. Cifu DX, Stewart DG. Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 1999;80(5 suppl 1):S35-S39.</li> <li>7. Evans RL, Connis RT, Hendricks RD, Haselkorn JK. Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. <i>Soc Sci Med.</i> 1995; 40:1699-1706.</li> <li>8. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3 Art No: CD000197 DOI: 10.1002/14651858CD000197 2001</li> <li>9. Outpatient Service Trialists. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: Cd002925. Doi: 10.1002/14651858.Cd002925.</li> <li>10. Britton M, Andersson A. Home rehabilitation after stroke: Reviewing the scientific evidence on effects and costs. <i>Int J Technol Assess Health Care</i> 2000;16(3):842-848.</li> <li>11. Foley N, Salter K, Teasell R. Specialized stroke services: A meta-analysis comparing three models of care. <i>Cerebrovascular Diseases.</i> 2007;23(2-3):194-202.</li> </ol> <p>Leitlinien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SIGN 118 Scottish Intercollegiate Guidelines Network June 2010: Management of Patients with stroke</li> <li>2. ESO-Guidelines for Management of Ischaemic Stroke 2008</li> <li>3. Royal college of Physicians National clinical guideline for stroke, Third edition, July 2008</li> <li>4. ASA/AHA: Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline* Pamela W. Duncan et al. 2005</li> <li>5. National guidelines for stroke care 2005: Support for Priority Setting, Sweden</li> <li>6. Clinical Guidelines for Acute Stroke Management Australia 2007 / Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery, Australia 2005</li> <li>7. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care: 2006 updated 2008</li> <li>8. Life after stroke: New Zealand guideline for management of stroke: 2003</li> </ol> |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Door-to-puncture-time

|                                               |                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                           |
| ID Indikator                                  | 80n1-31                                                                                                                   |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 31                                                                                                                        |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Door-to-puncture-time                                                                                                     |
| Qualitätsziel                                 | Möglichst hohe Rate mit Aufnahme bis Leistenpunktion („door-to-puncture-time“) <= 90 min.<br>bei Fällen mit Thrombektomie |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                                           |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                                     |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                   |

**BW0002117**

|                                         |                                                                                                                                                 |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Definition Kennzahl</b>              |                                                                                                                                                 |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
| ID-Kennzahl                             | BW0002117 ADSR                                                                                                                                  |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                               |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
| Referenzbereich 2019                    | >= 50% (Zielbereich)                                                                                                                            |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                               |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                               |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit „door-to-puncture-time“ &lt;= 90min.</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einrichtungsinterner Thrombektomie</p> |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                               |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                 |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                 |
|                                         | Item                                                                                                                                            | Bogen | Bezeichnung                                                                     | Schlüssel                                                                                                                                                                                                                    | Feldname        |
|                                         | 09                                                                                                                                              | B     | Aufnahmedatum                                                                   |                                                                                                                                                                                                                              | AUFNDATUM       |
|                                         | 10                                                                                                                                              | B     | Aufnahmeuhrzeit                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              | AUFNZEIT        |
|                                         | 11                                                                                                                                              | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                               | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                           | EINSCHLUSS      |
|                                         | 18                                                                                                                                              | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                       | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                           | PALLIATIV       |
|                                         | 09-19                                                                                                                                           | B     | Abstand Aufnahme zum Anfall                                                     | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                                                      | AbstAnfall      |
|                                         | 20                                                                                                                                              | B     | Anfalluhrzeit                                                                   |                                                                                                                                                                                                                              | ANFALLZEIT      |
|                                         | 21                                                                                                                                              | B     | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme                                             | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich                                                                       | ANFALLSCHAETZ   |
|                                         | 22                                                                                                                                              | B     | Einweisung veranlasst durch                                                     | 1 = selbst<br>2 = Rettungsdienst mit Notarzt<br>3 = Rettungsdienst ohne Notarzt<br>4 = Klinik mit anderer IK-Nr. mit SU-Aufenthalt<br>5 = Klinik mit anderer IK-Nr. ohne SU-Aufenthalt<br>6 = Arzt aus dem ambulanten Sektor | EINWEISUNG      |
|                                         | 52                                                                                                                                              | B     | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom                                                              | LYSEIAMECHREKAN |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                                                             |                                            |                      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |                                                             | dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) |                      |
|                                                                       | 53                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B | Punktion der Leiste - Datum                                 |                                            | PUNKTLEISTEDATUM     |
|                                                                       | 53-09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | Abstand zwischen "Punktion der Leiste - Datum" und Aufnahme | PUNKTLEISTEDATUM - AUFNDATUM               | AbstPUNKTLEISTEDATUM |
|                                                                       | 54                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B | Punktion der Leiste - Uhrzeit                               |                                            | PUNKTLEISTEZEIT      |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                                                             |                                            |                      |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                                                             |                                            |                      |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                                                             |                                            |                      |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | <p>Kennzahl in Anlehnung an ADSR:</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Möglichst hoher Anteil von Patienten mit „door-to-puncture time“ ≤90 Min bei Patienten die eine Thrombektomie erhalten</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>Eine frühzeitige Thrombektomie nach Hirninfarkt verbessert das Outcome der Patienten.</p> |   |                                                             |                                            |                      |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                                                             |                                            |                      |

CT- oder MR-Angiographie-Rate

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-32                                                 |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 32                                                      |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Intrakranielle Gefäßdarstellung - Rate                  |
| Qualitätsziel                                 | Hohe Rate an zeitnaher intrakranieller Gefäßdarstellung |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                         |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                   |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                 |

**BW0002217**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|--|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------|--|----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|-------------------|--|-------------|-------|---|-----------------------------|-------------------------|------------|----|---|---------------|--|------------|----|---|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|----|---|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| ID-Kennzahl                             | BW0002217 ADSR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| Referenzbereich 2019                    | Nicht definiert                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| Rechenregel                             | <p>Zähler: Patienten mit intrakranieller Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion innerhalb 30 Minuten</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Hauptdiagnose intracerebrale Blutung mit einem Zeitintervall Schlaganfallereignis - Aufnahme &lt;= 5 Stunden, die nicht bereits bei Aufnahme palliativ waren und nicht zur Thrombolyse ohne Wiederaufnahme verlegt wurden und bei denen nicht die Intrakranielle Gefäßdarstellung vor Aufnahme erfolgt ist</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| Verwendete Datenfelder                  | <table><tr><td colspan="5">Feldnamen 2019:</td></tr><tr><td>Item</td><td>Bogen</td><td>Bezeichnung</td><td>Schlüssel</td><td>Feldname</td></tr><tr><td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr><tr><td>10</td><td>B</td><td>Aufnahmeuhrzeit</td><td></td><td>AUFNZEIT</td></tr><tr><td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr><tr><td>19</td><td>B</td><td>Schlaganfalldatum</td><td></td><td>ANFALLDATUM</td></tr><tr><td>09-19</td><td>B</td><td>Abstand Aufnahme zum Anfall</td><td>AUFNDATUM - ANFALLDATUM</td><td>AbstAnfall</td></tr><tr><td>20</td><td>B</td><td>Anfalluhrzeit</td><td></td><td>ANFALLZEIT</td></tr><tr><td>21</td><td>B</td><td>Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme</td><td>0 = ≤ 3 h<br/>1 = &gt; 3 – 4 h<br/>2 = &gt; 4 – 5 h<br/>3 = &gt; 5 – 24 h<br/>4 = &gt; 24 – 48 h<br/>5 = &gt; 48 h<br/>6 = in-house-stroke<br/>9 = keine Abschätzung möglich</td><td>ANFALLSCHAETZ</td></tr><tr><td>18</td><td>B</td><td>Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PALLIATIV</td></tr><tr><td>40</td><td>B</td><td>Thrombolyse i.v</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br/>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br/>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br/>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)</td><td>LYSEIV</td></tr><tr><td>44</td><td>B</td><td>Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion</td><td>0 = nein<br/>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme</td><td>GEFAESSDARSTELLUNG</td></tr></table> | Feldnamen 2019:                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 10 | B | Aufnahmeuhrzeit |  | AUFNZEIT | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 19 | B | Schlaganfalldatum |  | ANFALLDATUM | 09-19 | B | Abstand Aufnahme zum Anfall | AUFNDATUM - ANFALLDATUM | AbstAnfall | 20 | B | Anfalluhrzeit |  | ANFALLZEIT | 21 | B | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich | ANFALLSCHAETZ | 18 | B | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor? | 0 = nein<br>1 = ja | PALLIATIV | 40 | B | Thrombolyse i.v | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV | 44 | B | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme | GEFAESSDARSTELLUNG |
| Feldnamen 2019:                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                    |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Bezeichnung                                                    | Schlüssel                                                                                                                                                                                          | Feldname           |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Aufnahmedatum                                                  |                                                                                                                                                                                                    | AUFNDATUM          |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 10                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Aufnahmeuhrzeit                                                |                                                                                                                                                                                                    | AUFNZEIT           |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien              | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS         |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 19                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Schlaganfalldatum                                              |                                                                                                                                                                                                    | ANFALLDATUM        |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 09-19                                   | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Abstand Aufnahme zum Anfall                                    | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                            | AbstAnfall         |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 20                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Anfalluhrzeit                                                  |                                                                                                                                                                                                    | ANFALLZEIT         |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 21                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme                            | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich                                             | ANFALLSCHAETZ      |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 18                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?      | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                 | PALLIATIV          |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 40                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Thrombolyse i.v                                                | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIV             |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |
| 44                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion | 0 = nein<br>1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme                                                                                                                                                 | GEFAESSDARSTELLUNG |  |  |      |       |             |           |          |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                                                           |                    |           |    |   |                 |                                                                                                                                                                                                    |        |    |   |                                                                |                                                    |                    |

|                                                                       |                                                                                                                                                          |   |                                                               |                                                                                                                                              |                  |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                       |                                                                                                                                                          |   |                                                               | 2 = extern vor Aufnahme erfolgt<br>3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt<br>4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) |                  |
|                                                                       | 45                                                                                                                                                       | B | Intrakranielle Gefäßdarstellung Datum                         |                                                                                                                                              | INTRAKRDATUM     |
|                                                                       | 45-09                                                                                                                                                    | B | Abstand zwischen Intrakranielle Gefäßdarstellung und Aufnahme | INTRAKRDATUM - AUFNDATUM                                                                                                                     | AbstINTRAKRDATUM |
|                                                                       | 46                                                                                                                                                       | B | Intrakranielle Gefäßdarstellung Uhrzeit                       |                                                                                                                                              | INTRAKRZEIT      |
|                                                                       | 76                                                                                                                                                       | B | Entlassungs- / Verlegungsdiagnose (ICD-10 Einschlussdiagnose) |                                                                                                                                              | ENTLDIAG         |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-Spezifikation                               | 2019: Version 2019                                                                                                                                       |   |                                                               |                                                                                                                                              |                  |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                   |   |                                                               |                                                                                                                                              |                  |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                   |   |                                                               |                                                                                                                                              |                  |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | Kennzahl in Anlehnung an ADSR:<br><br><b>Qualitätsziel</b><br>Möglichst schnelle Durchführung von Gefäßbildgebung zur Indikationsstellung Thrombektomie. |   |                                                               |                                                                                                                                              |                  |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                 |   |                                                               |                                                                                                                                              |                  |

Thrombektomie

|                                               |                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                                                                             |
| ID Indikator                                  | 80n1-33                                                                                                                     |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 33                                                                                                                          |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Thrombektomie veranlasst                                                                                                    |
| Qualitätsziel                                 | Möglichst hoher Anteil veranlasster Thrombektomien bei Patienten mit frischem Gefäßverschluss als Ursache des Schlaganfalls |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                                                                             |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                                                                       |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                                                                     |

**BW0002319 ADSR**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
| ID-Kennzahl                             | BW0002319 ADSR                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
| Referenzbereich 2019                    | >= 50% (Zielbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
| Rechenregel                             | Zähler: Patienten, bei denen eine Thrombektomie nach Aufnahme veranlasst wurde<br><br>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA, die einen Gefäßverschluss (Carotis-T, M1, BA) dokumentiert bekommen haben und Zeitintervall Ereignis – Aufnahme <= 5 Stunden |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |               |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Bogen | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                          | Feldname      |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                 | EINSCHLUSS    |
|                                         | 09                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    | AUFNDATUM     |
|                                         | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Aufnahmeuhrzeit                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    | AUFNZEIT      |
|                                         | 19                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Schlaganfalldatum                                                                                                                |                                                                                                                                                                    | ANFALLDATUM   |
|                                         | 09-19                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B     | Abstand Aufnahme zum Anfall                                                                                                      | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                            | AbstAnfall    |
|                                         | 20                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Anfalluhrzeit                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    | ANFALLZEIT    |
|                                         | 21                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme                                                                                              | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich             | ANFALLSCHAETZ |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                 | PALLIATIV     |
|                                         | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? |                                                                                                                                                                    | VERLEGUNG     |
|                                         | 34                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Verlegungsgrund                                                                                                                  | 1 = akute Thrombektomie (intrakraniell)<br>2 = Thrombektomie extrakraniell/ Revaskularisation der ACI im Verlauf<br>3 = neurochirurgische Intervention bei Blutung | VERLEGGRUND   |

|                                                                       |                                                                                                                                                                |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                       |                                                                                                                                                                |   |                                                                                 | 4 = Intervention bei raumforderndem Insult<br>5 = i.v. Lyse<br>6 = Sonstiges                                                                                                                               |                    |
|                                                                       | 47                                                                                                                                                             | B | Verschluss Carotis-T                                                            | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | VERSCHLUSSCAROTIST |
|                                                                       | 48                                                                                                                                                             | B | Verschluss Carotis M1                                                           | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | VERSCHLUSSM1       |
|                                                                       | 49                                                                                                                                                             | B | Verschluss Carotis M2                                                           | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | VERSCHLUSSM2       |
|                                                                       | 50                                                                                                                                                             | B | Verschluss Carotis BA                                                           | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | VERSCHLUSSBA       |
|                                                                       | 51                                                                                                                                                             | B | Sonstiger Verschluss                                                            | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | VERSCHLUSSSONST    |
|                                                                       | 52                                                                                                                                                             | B | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN    |
| Datenbasis<br>QiG BW GmbH-Spezifikation                               | 2019: Version 2019                                                                                                                                             |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                                         |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                         |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | Kennzahl in Anlehnung an ADSR:<br><br><b>Qualitätsziel</b><br>Möglichst hoher Anteil frühzeitig zur Thrombektomie verlegter Patienten mit TIA oder Hirninfarkt |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Neue Kennzahl: Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen nicht vergleichbar.                                                                  |   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                    |

Rekanalisationsrate

|                                               |                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                            |
| ID Indikator                                  | 80n1-34                                                                    |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 34                                                                         |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Rekanalisationsrate                                                        |
| Qualitätsziel                                 | Möglichst hoher Anteil an Rekanalisationen bei Patienten mit Thrombektomie |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                            |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                      |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                    |

**BW0002417**

|                                                                       |                                                                                                                                                     |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Definition Kennzahl                                                   |                                                                                                                                                     |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| ID-Kennzahl                                                           | BW0002417 ADSR                                                                                                                                      |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Ergänzung Bezeichnung QI                                              | -                                                                                                                                                   |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Referenzbereich 2019                                                  | >= 70,00 % (Zielbereich)                                                                                                                            |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Erläuterung zum Referenzbereich                                       | -                                                                                                                                                   |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog>                               | -                                                                                                                                                   |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Rechenregel                                                           | Zähler: Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation TICI IIb oder III<br><br>Grundgesamtheit: Alle Patienten mit intern durchgeführter Thrombektomie |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Erläuterung der Rechenregel                                           | -                                                                                                                                                   |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Verwendete Datenfelder                                                | Feldnamen 2019:                                                                                                                                     |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
|                                                                       | Item                                                                                                                                                | Bogen | Bezeichnung                                                                     | Schlüssel                                                                                                                                                                                                  | Feldname        |
|                                                                       | 11                                                                                                                                                  | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                               | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | EINSCHLUSS      |
|                                                                       | 18                                                                                                                                                  | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                       | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | PALLIATIV       |
|                                                                       | 52                                                                                                                                                  | B     | Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation) | 0 = nein<br>1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme<br>2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt<br>3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt) | LYSEIAMECHREKAN |
|                                                                       | 55                                                                                                                                                  | B     | Erfolgreiche Rekanalisation TICI IIb oder III                                   | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                         | REKANALISATION  |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                  |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                                                                                              |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                              |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | Kennzahl in Anlehnung an ADSR:<br><br>Qualitätsziel<br>Möglichst hoher Anteil erfolgreicher Rekanalisationen                                        |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                            |       |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                 |

Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie

|                                               |                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                        |
| ID Indikator                                  | 80n1-35                                                                |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 35                                                                     |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie                    |
| Qualitätsziel                                 | Möglichst schnelle Verlegung bei indizierter intraarterieller Therapie |
| Indikatortyp                                  | Prozessqualität                                                        |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich                                  |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                |

**BW0002517**

|                                         |                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Definition Kennzahl</b>              |                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| ID-Kennzahl                             | BW0002517 ADSR                                                                                                                                                                              |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| Referenzbereich 2019                    | >= 50,00 % (Zielbereich)                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| Rechenregel                             | Zähler: Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung <= 60 min<br><br>Grundgesamtheit: Alle zur intraarteriellen Therapie in ein anderes Krankenhaus verlegten Fälle mit Bildgebung nach Aufnahme |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
|                                         | Item                                                                                                                                                                                        | Bogen | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                                                                                                                                             | Feldname        |
|                                         | 11                                                                                                                                                                                          | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                    | EINSCHLUSS      |
|                                         | 09                                                                                                                                                                                          | B     | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                       | AUFNDATUM       |
|                                         | 18                                                                                                                                                                                          | B     | Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?                                                                        | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                    | PALLIATIV       |
|                                         | 28                                                                                                                                                                                          | B     | Bildgebung zum Ausschluss Blutung (CCT / MRT)                                                                                    | 0 = nicht erfolgt<br>1 = vor Aufnahme<br>2 = nach Aufnahme                                                                                                                                                                                            | CCTMRT          |
|                                         | 29                                                                                                                                                                                          | B     | Datum Bildgebung                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                       | CCTMRDATUM      |
|                                         | 30                                                                                                                                                                                          | B     | Uhrzeit Bildgebung                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       | CCTMRTZEIT      |
|                                         | 30-09                                                                                                                                                                                       | B     | Abstand zwischen „Bildgebung Datum“ und Aufnahme                                                                                 | CCTMRDATUM - AUFNDATUM                                                                                                                                                                                                                                | ABSTCCTMRT      |
|                                         | 31                                                                                                                                                                                          | B     | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                                                                                  | VERLEGUNG       |
|                                         | 32                                                                                                                                                                                          | B     | Verlegung Datum                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       | VERLEGDATUM     |
|                                         | 33                                                                                                                                                                                          | B     | Verlegung Uhrzeit                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       | VERLEGZEIT      |
|                                         | 32-09                                                                                                                                                                                       | B     | Abstand zwischen "Verlegung Datum" und Aufnahme                                                                                  | VERLEGDATUM - AUFNDATUM                                                                                                                                                                                                                               | AbstVERLEGDATUM |
|                                         | 34                                                                                                                                                                                          | B     | Verlegungsgrund                                                                                                                  | 1 = akute Thrombektomie (intrakraniell)<br>2 = Thrombektomie extrakraniell/<br>Revaskularisation der ACI im Verlauf<br>3 = neurochirurgische Intervention bei Blutung<br>4 = Intervention bei raumforderndem Insult<br>5 = i.v. Lyse<br>6 = Sonstiges | VERLEGGRUND     |
|                                         |                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| Datenbasis                              | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |

|                                                                       |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| QiG BW GmbH-Spezifikation                                             |                                                                          |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:B                                                                   |
| Operator                                                              | Anteil                                                                   |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | Kennzahl in Anlehnung an ADSR                                            |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar. |

Pflege: Schluckversuch bei Aufnahme

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-PFLEGE-1                                  |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 1                                              |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Schluckversuch bei Aufnahme                    |
| Qualitätsziel                                 | Frühzeitige Durchführung eines Schluckversuchs |
| Indikatortyp                                  | Prozessindikator                               |
| Rationale                                     | -                                              |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | Keine Risikoadjustierung erforderlich          |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                        |

**BW0002P05 ADSR**

| Definition Kennzahl                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |               |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|-----------------|--|----------|----|---|-------------------|--|-------------|-------|---|-----------------------------|-------------------------|------------|----|---|---------------|--|------------|----|---|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|---|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|---|-------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|----|---|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ID-Kennzahl                             | BW0002P05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |               |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| Ergänzung Bezeichnung QI                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |               |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| Referenzbereich 2019                    | >= 90,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |               |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| Erläuterung zum Referenzbereich         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |               |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |               |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| Rechenregel                             | Zähler: Patienten mit Schluckversuch innerhalb 24 Stunden<br><br>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne TIA und ohne Bewusstseinsstörungen (somnolent / soporös, komatös). Ausschluss von Patienten mit Verlegung innerhalb 12h ohne Wiederaufnahme oder Einweisung aus anderem KH oder Ereignis bei Aufnahme mindestens 48h alt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |               |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| Erläuterung der Rechenregel             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |               |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| Verwendete Datenfelder                  | Feldnamen 2019: <table><tr><th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr><tr><td>02</td><td>F</td><td>Schluckversuch</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, innerhalb 24 Stunden<br/>2 = ja, später als 24 Stunden<br/>3 = nicht möglich</td><td>SCHLUCKVERS</td></tr><tr><td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr><tr><td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr><tr><td>10</td><td>B</td><td>Aufnahmeuhrzeit</td><td></td><td>AUFNZEIT</td></tr><tr><td>19</td><td>B</td><td>Schlaganfalldatum</td><td></td><td>ANFALLDATUM</td></tr><tr><td>09-19</td><td>B</td><td>Abstand Aufnahme zum Anfall</td><td>AUFNDATUM - ANFALLDATUM</td><td>AbstAnfall</td></tr><tr><td>20</td><td>B</td><td>Anfalluhrzeit</td><td></td><td>ANFALLZEIT</td></tr><tr><td>21</td><td>B</td><td>Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme</td><td>0 = ≤ 3 h<br/>1 = &gt; 3 – 4 h<br/>2 = &gt; 4 – 5 h<br/>3 = &gt; 5 – 24 h<br/>4 = &gt; 24 – 48 h<br/>5 = &gt; 48 h<br/>6 = in-house-stroke<br/>9 = keine Abschätzung möglich</td><td>ANFALLSCHAETZ</td></tr><tr><td>22</td><td>B</td><td>Einweisung veranlasst durch</td><td>1 = selbst<br/>2 = Rettungsdienst mit Notarzt<br/>3 = Rettungsdienst ohne Notarzt<br/>4 = Klinik mit anderer IK-Nr. mit SU-Aufenthalt<br/>5 = Klinik mit anderer IK-Nr. ohne SU-Aufenthalt<br/>6 = Arzt aus dem ambulanten Sektor</td><td>EINWEISUNG</td></tr><tr><td>24</td><td>B</td><td>Bewusstseinslage bei Aufnahme</td><td>1 = wach<br/>2 = somnolent / soporös<br/>3 = komatös</td><td>AUFNBEWUSST</td></tr><tr><td>31</td><td>B</td><td>Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br/>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme</td><td>VERLEGUNG</td></tr></table> |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |               |  | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 02 | F | Schluckversuch | 0 = nein<br>1 = ja, innerhalb 24 Stunden<br>2 = ja, später als 24 Stunden<br>3 = nicht möglich | SCHLUCKVERS | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 10 | B | Aufnahmeuhrzeit |  | AUFNZEIT | 19 | B | Schlaganfalldatum |  | ANFALLDATUM | 09-19 | B | Abstand Aufnahme zum Anfall | AUFNDATUM - ANFALLDATUM | AbstAnfall | 20 | B | Anfalluhrzeit |  | ANFALLZEIT | 21 | B | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich | ANFALLSCHAETZ | 22 | B | Einweisung veranlasst durch | 1 = selbst<br>2 = Rettungsdienst mit Notarzt<br>3 = Rettungsdienst ohne Notarzt<br>4 = Klinik mit anderer IK-Nr. mit SU-Aufenthalt<br>5 = Klinik mit anderer IK-Nr. ohne SU-Aufenthalt<br>6 = Arzt aus dem ambulanten Sektor | EINWEISUNG | 24 | B | Bewusstseinslage bei Aufnahme | 1 = wach<br>2 = somnolent / soporös<br>3 = komatös | AUFNBEWUSST | 31 | B | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG |
| Item                                    | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Bezeichnung                                                                          | Schlüssel                                                                                                                                                                                                                    | Feldname      |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 02                                      | F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Schluckversuch                                                                       | 0 = nein<br>1 = ja, innerhalb 24 Stunden<br>2 = ja, später als 24 Stunden<br>3 = nicht möglich                                                                                                                               | SCHLUCKVERS   |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 11                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                    | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                           | EINSCHLUSS    |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 09                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aufnahmedatum                                                                        |                                                                                                                                                                                                                              | AUFNDATUM     |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 10                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aufnahmeuhrzeit                                                                      |                                                                                                                                                                                                                              | AUFNZEIT      |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 19                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Schlaganfalldatum                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              | ANFALLDATUM   |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 09-19                                   | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Abstand Aufnahme zum Anfall                                                          | AUFNDATUM - ANFALLDATUM                                                                                                                                                                                                      | AbstAnfall    |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 20                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Anfalluhrzeit                                                                        |                                                                                                                                                                                                                              | ANFALLZEIT    |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 21                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme                                                  | 0 = ≤ 3 h<br>1 = > 3 – 4 h<br>2 = > 4 – 5 h<br>3 = > 5 – 24 h<br>4 = > 24 – 48 h<br>5 = > 48 h<br>6 = in-house-stroke<br>9 = keine Abschätzung möglich                                                                       | ANFALLSCHAETZ |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 22                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Einweisung veranlasst durch                                                          | 1 = selbst<br>2 = Rettungsdienst mit Notarzt<br>3 = Rettungsdienst ohne Notarzt<br>4 = Klinik mit anderer IK-Nr. mit SU-Aufenthalt<br>5 = Klinik mit anderer IK-Nr. ohne SU-Aufenthalt<br>6 = Arzt aus dem ambulanten Sektor | EINWEISUNG    |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 24                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Bewusstseinslage bei Aufnahme                                                        | 1 = wach<br>2 = somnolent / soporös<br>3 = komatös                                                                                                                                                                           | AUFNBEWUSST   |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |
| 31                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                                                                                                                         | VERLEGUNG     |  |      |       |             |           |          |    |   |                |                                                                                                |             |    |   |                                                   |                    |            |    |   |               |  |           |    |   |                 |  |          |    |   |                   |  |             |       |   |                             |                         |            |    |   |               |  |            |    |   |                                     |                                                                                                                                                        |               |    |   |                             |                                                                                                                                                                                                                              |            |    |   |                               |                                                    |             |    |   |                                                                                      |                                                                                      |           |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |                                             |                           |          |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------|---------------------------|----------|
|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   | Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? |                           |          |
|                                                                       | 77                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | B | Entlassungs- / Verlegungs-diagnose          | ICD-10 Einschlussdiagnose | ENTLDIAG |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |                                             |                           |          |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                                             |                           |          |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                                             |                           |          |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | <p>Der Nenner wurde an den ADSR-Qualitätsindikator „Screening bei Schluckstörung“ angepasst.</p> <p><b>Qualitätsziel</b><br/>Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall.</p> <p><b>Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators</b><br/>Die Erkennung von Schluckstörungen (Dysphagie) in der Frühphase nach Schlaganfall und die diesbezüglichen prophylaktischen Maßnahmen sind geeignet, Aspirationspneumonien, welche die Sterblichkeit nach Schlaganfall deutlich erhöhen, zu vermindern.</p> <p><b>Literatur</b><br/>Originalarbeiten<br/>(1) Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. Dysphagia 2001; 16(1):7-18.<br/>(2) Mann G, Hankey GJ. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. Dysphagia 2001; 16(3):208-215.<br/>(3) Doggett DL, Tappe KA, Mitchell MD, Chapell R, Coates V, Turkelson CM. Prevention of pneumonia in elderly stroke patients by systematic diagnosis and treatment of dysphagia: an evidence-based comprehensive analysis of the literature. Dysphagia 2001; 16(4):279-295.<br/>(4) Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. Stroke 2003; 34(5):1252-1257.<br/>(5) Martino R, Pron G, Diamant N. Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: insufficient evidence for guidelines. Dysphagia 2000; 15(1):19-30.<br/>Leitlinien<br/>(6) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke. I: Assessment, Investigation, Immediate Management and Secondary Prevention. A National Clinical Guideline recommended for use in Scotland,1997.<br/>(7) Royal College of Physicians, Intercollegiate Working Party for Stroke. National Clinical Guidelines for Stroke. Update 2002.<br/>(8) Stroke Foundation of New Zealand, New Zealand Guidelines Group. Life after Stroke. New Zealand guideline for management of stroke, 2003.<br/>(9) National Stroke Foundation (Australia). National Clinical Guidelines for Acute Stroke Management, 2003.</p> |   |                                             |                           |          |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen eingeschränkt vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                                             |                           |          |

Pflege: Aufnahme und Entlassung - Barthelindex

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-PFLEGE-3                                                               |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 3                                                                           |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Aufnahme und Entlassung - Barthelindex                                      |
| Qualitätsziel                                 | Hohe Bestimmungsrate an erhobenem Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung |
| Indikatortyp                                  | Ergebnisindikator                                                           |
| Rationale                                     | -                                                                           |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | -                                                                           |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                                                     |

**BW003aP10**

| <b>Definition Kennzahl</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-------|-------------|-----------|----------|----|---|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|----|---|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|----|---|--------------------|--------------------|--------|----|---|---------------|--|-----------|----|---|---------------------------------------------------|--------------------|------------|----|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|---|------------------|--|-----------|-------|---|--------------|-----------------------|----------|----|---|------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| ID-Kennzahl                                                           | BW003aP10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Ergänzung Bezeichnung QI                                              | Hohe Bestimmungsrate des Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Referenzbereich 2019                                                  | >= 90,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Erläuterung zum Referenzbereich                                       | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog>                               | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Rechenregel                                                           | <p>Zähler: Patienten mit erhobenem Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Entlassungsgrund "Tod" Ausschluss von Patienten mit patientenbedingt nicht bestimmtem Barthel-Index bei Aufnahme und/oder Entlassung oder Patienten mit Verlegung innerhalb 24 Stunden.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Erläuterung der Rechenregel                                           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Verwendete Datenfelder                                                | <p>Feldnamen 2019:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th><th>Bogen</th><th>Bezeichnung</th><th>Schlüssel</th><th>Feldname</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>04</td><td>F</td><td>Barthel-Index bei Aufnahme bestimmt?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja<br/>2 = patientenbedingt nicht bestimmbar</td><td>AUFNBARTBESTIMMT</td></tr> <tr> <td>18</td><td>F</td><td>Barthel-Index bei Entlassung bestimmt?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja<br/>2 = patientenbedingt nicht bestimmbar</td><td>ENTLBARTBESTIMMT</td></tr> <tr> <td>16</td><td>F</td><td>Patient verstorben</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>PATTOD</td></tr> <tr> <td>09</td><td>B</td><td>Aufnahmedatum</td><td></td><td>AUFNDATUM</td></tr> <tr> <td>11</td><td>B</td><td>Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien</td><td>0 = nein<br/>1 = ja</td><td>EINSCHLUSS</td></tr> <tr> <td>31</td><td>B</td><td>Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?</td><td>0 = nein<br/>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br/>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme</td><td>VERLEGUNG</td></tr> <tr> <td>75</td><td>B</td><td>Entlassungsdatum</td><td></td><td>ENTLDATUM</td></tr> <tr> <td>75-09</td><td>B</td><td>Verweildauer</td><td>ENTLDATUM - AUFNDATUM</td><td>abstentl</td></tr> <tr> <td>77</td><td>B</td><td>Entlassungsgrund</td><td>§ 301-Vereinbarung<br/>06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</td><td>ENTLGRUND</td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  | Item | Bogen | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | 04 | F | Barthel-Index bei Aufnahme bestimmt? | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = patientenbedingt nicht bestimmbar | AUFNBARTBESTIMMT | 18 | F | Barthel-Index bei Entlassung bestimmt? | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = patientenbedingt nicht bestimmbar | ENTLBARTBESTIMMT | 16 | F | Patient verstorben | 0 = nein<br>1 = ja | PATTOD | 09 | B | Aufnahmedatum |  | AUFNDATUM | 11 | B | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien | 0 = nein<br>1 = ja | EINSCHLUSS | 31 | B | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG | 75 | B | Entlassungsdatum |  | ENTLDATUM | 75-09 | B | Verweildauer | ENTLDATUM - AUFNDATUM | abstentl | 77 | B | Entlassungsgrund | § 301-Vereinbarung<br>06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus | ENTLGRUND |
| Item                                                                  | Bogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                            | Feldname         |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| 04                                                                    | F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Barthel-Index bei Aufnahme bestimmt?                                                                                             | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = patientenbedingt nicht bestimmbar                          | AUFNBARTBESTIMMT |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| 18                                                                    | F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Barthel-Index bei Entlassung bestimmt?                                                                                           | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = patientenbedingt nicht bestimmbar                          | ENTLBARTBESTIMMT |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| 16                                                                    | F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Patient verstorben                                                                                                               | 0 = nein<br>1 = ja                                                                   | PATTOD           |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| 09                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Aufnahmedatum                                                                                                                    |                                                                                      | AUFNDATUM        |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| 11                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                   | EINSCHLUSS       |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| 31                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme | VERLEGUNG        |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| 75                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Entlassungsdatum                                                                                                                 |                                                                                      | ENTLDATUM        |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| 75-09                                                                 | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Verweildauer                                                                                                                     | ENTLDATUM - AUFNDATUM                                                                | abstentl         |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| 77                                                                    | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Entlassungsgrund                                                                                                                 | § 301-Vereinbarung<br>06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus                      | ENTLGRUND        |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Operator                                                              | Anteil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                      |                  |      |       |             |           |          |    |   |                                      |                                                             |                  |    |   |                                        |                                                             |                  |    |   |                    |                    |        |    |   |               |  |           |    |   |                                                   |                    |            |    |   |                                                                                                                                  |                                                                                      |           |    |   |                  |  |           |       |   |              |                       |          |    |   |                  |                                                                 |           |

Pflege: Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung

| <b>Definition<br/>Qualitätsindikator</b>      |                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ID Indikator                                  | 80n1-PFLEGE-4                             |
| Laufende Nummer<br>Indikator                  | 4                                         |
| Bezeichnung des<br>Qualitätsindikators        | Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung    |
| Qualitätsziel                                 | Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens |
| Indikatortyp                                  | Prozessindikator                          |
| Rationale                                     | -                                         |
| Methode der<br>Risikoadjustierung             | -                                         |
| Letzte Überprüfung des<br>Qualitätsindikators | 01/2020                                   |

**BW0004P10**

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Definition Kennzahl                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| ID-Kennzahl                                                           | BW0004P10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| Ergänzung Bezeichnung QI                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| Referenzbereich 2019                                                  | >= 90,00 % (Toleranzbereich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| Erläuterung zum Referenzbereich                                       | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| <Erläuterung zum Strukturierten Dialog>                               | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| Rechenregel                                                           | <p>Zähler: Patienten mit Pflegeüberleitungsbogen</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne TIA und mit Barthel-Index bei Entlassung &lt;= 90 oder bei Entlassung patientenbedingt nicht bestimmtem Barthel-Index. Ausschluss von Patienten mit Entlassungsgrund „Tod“ oder Patienten ohne Einschränkung (Barthel-Index bei Entlassung 100 Punkte), bei denen die Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens nicht notwendig ist.</p> |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| Erläuterung der Rechenregel                                           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| Verwendete Datenfelder                                                | Feldnamen 2019:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
|                                                                       | Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Bogen | Bezeichnung                                                                                                                      | Schlüssel                                                                                                                     | Feldname         |
|                                                                       | 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | F     | Pflegeüberleitungs-bogen                                                                                                         | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = nicht notwendig, da Patient ohne Einschränkung (Barthel-Index bei Entlassung entspricht 100 Punkte) | UeberleitBogen   |
|                                                                       | 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | F     | Patient verstorben                                                                                                               | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                            | PATTOD           |
|                                                                       | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | F     | Barthel-Index bei Entlassung bestimmt?                                                                                           | 0 = nein<br>1 = ja<br>2 = patientenbedingt nicht bestimmbar                                                                   | ENTLBARTBESTIMMT |
|                                                                       | 29                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | F     | Barthel-Index-Wert bei Entlassung                                                                                                | Von Erfassungs-SW berechnet                                                                                                   | ENTLBART         |
|                                                                       | 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Wegverlegung innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis? | 0 = nein<br>1 = ja, mit späterer Rückübernahme<br>2 = ja, ohne spätere Rückübernahme                                          | VERLEGUNG        |
|                                                                       | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien                                                                                | 0 = nein<br>1 = ja                                                                                                            | EINSCHLUSS       |
|                                                                       | 77                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B     | Entlassung-/Verlegungsdiagnose                                                                                                   | ICD-10-Einschlussdiagnose                                                                                                     | ENTLDIAG         |
| Datenbasis QiG BW GmbH-Spezifikation                                  | 2019: Version 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| Teildatensatzbezug                                                    | 80/1:F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| Kommentar zur Kennzahl                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den aktuellen Ergebnissen vergleichbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                  |