

Schlaganfall-Akutbehandlung

Jahresauswertung 2022 und 4. Quartal 2022

QUALITÄTSINDIKATOREN (ADSR)

Klinik 0
Standort 0

LAGQH

©
Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung
Hessen GbR

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Hessen Gesamt

0

Qualitätsindikatoren:

Hessen

QI-ID	Gesamtfallzahl 2022 (ohne Minimaldatensätze): 20253	Referenzwerte	Q4/2022		Q1/2022 - Q4/2022		Jahr 2021	
			Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner		Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner		Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	
22-002	VHF-Diagnostik	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 96,51 %	96,51 %	[95,87 ; 97,05]	96,62 %	[96,32 ; 96,90]	96,22 %	[95,90 ; 96,51]
13a-006	Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: $\geq 83,40\%$ Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 77,50 %	77,50 %	[75,39 ; 79,48]	78,30 %	[77,27 ; 79,29]	77,33 %	[76,31 ; 78,31]
13c-001	CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS ≥ 4)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 70,00\%$ Ø in Hessen: 90,57 %	90,57 %	[88,25 ; 92,47]	89,68 %	[88,51 ; 90,73]	87,64 %	[86,43 ; 88,75]
09-004	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 92,81 %	92,81 %	[92,04 ; 93,52]	93,38 %	[93,01 ; 93,73]	94,09 %	[93,75 ; 94,42]
12-004	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 97,11 %	97,11 %	[96,49 ; 97,62]	96,98 %	[96,68 ; 97,25]	96,58 %	[96,26 ; 96,87]
15-003	Behandlung auf Stroke Unit	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 95,26 %	95,26 %	[94,51 ; 95,91]	95,33 %	[94,98 ; 95,67]	95,10 %	[94,76 ; 95,42]
14d-001	Thrombolyse (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 77,82 %	77,82 %	[74,00 ; 81,23]	76,74 %	[74,82 ; 78,55]	78,06 %	[76,20 ; 79,81]
23a-001	Intraarterielle Therapie (bei Gefäßverschluss und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)	Ziel: $\geq 75,00\%$ Auffälligkeit: $< 60,00\%$ Ø in Hessen: 79,59 %	79,59 %	[74,62 ; 83,80]	76,71 %	[74,14 ; 79,11]	74,92 %	[72,39 ; 77,29]
16d-001	Door-to-needle-time ≤ 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: $\geq 90,00\%$ Auffälligkeit: $< 79,20\%$ Ø in Hessen: 89,13 %	89,13 %	[85,76 ; 91,78]	90,54 %	[88,99 ; 91,89]	90,05 %	[88,51 ; 91,41]
25a-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min	Ziel: $\geq 73,00\%$ Auffälligkeit: $< 50,00\%$ Ø in Hessen: 71,69 %	71,69 %	[66,56 ; 76,31]	66,19 %	[63,46 ; 68,82]	60,84 %	[58,01 ; 63,60]
27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels (TICI IIb-III)	Ziel: $\geq 90,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 90,77 %	90,77 %	[87,13 ; 93,46]	86,74 %	[84,70 ; 88,55]	86,63 %	[84,56 ; 88,47]
17-003	Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (bei Stenosegrad 70 - $< 100\%$, Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 80,00\%$ Ø in Hessen: 86,82 %	86,82 %	[79,91 ; 91,61]	84,63 %	[81,06 ; 87,63]	83,08 %	[79,39 ; 86,23]
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie (bei Rankin ≥ 3 oder BI ≤ 70)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 97,12 %	97,12 %	[96,22 ; 97,82]	97,57 %	[97,16 ; 97,91]	98,02 %	[97,66 ; 98,32]
03-004	Rehabilitation - Logopädie (bei Aphasie/Dysarthrie/Dysphagie)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 96,38 %	96,38 %	[95,43 ; 97,14]	96,00 %	[95,53 ; 96,43]	96,68 %	[96,25 ; 97,06]
06-002	Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung ≤ 3)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 94,98 %	94,98 %	[93,18 ; 96,32]	95,53 %	[94,72 ; 96,22]	95,63 %	[94,81 ; 96,32]
21-002	Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	Ziel: $\geq 95,00\%$ Auffälligkeit: $< 90,00\%$ Ø in Hessen: 95,81 %	95,81 %	[95,19 ; 96,35]	95,55 %	[95,25 ; 95,84]	94,90 %	[94,57 ; 95,20]
19-002	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit Rankin 2-5 bei Entlassung	Ziel: $\geq 93,70\%$ Auffälligkeit: $< 70,00\%$ Ø in Hessen: 84,00 %	84,00 %	[81,93 ; 85,88]	85,89 %	[84,91 ; 86,82]	83,33 %	[82,28 ; 84,32]
11-004	Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt	Ziel: $\leq 1,00$ Auffälligkeit: $> 1,40$ Hessen: 5,13% O/E=0,90	0,90	[0,78 ; 1,04]	0,92	[0,85 ; 0,98]	1,06	[1,00 ; 1,13]

Kennzahlen:**Hessen**

Gesamtfallzahl 2022 (ohne Minimaldatensätze): 20253

QI-ID		Referenzwerte			Q4/2022	Q1/2022 - Q4/2022	Jahr 2021
		Ziel:	Auffälligkeit:	Ø in Hessen:	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
28a-001	Mismatch-Diagnostik bei Wake-Up Stroke	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		45,27 % [38,55 ; 52,18]	42,11 % [38,71 ; 45,59]	n.b. [n.b.]
				Ø in Hessen: 45,27 %	91 / 201 Fällen	331 / 786 Fällen	0 / 0 Fällen
28b-001	Mismatch-Diagnostik bei Lyse außerhalb des Zeitfensters	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		61,73 % [50,84 ; 71,55]	53,90 % [48,07 ; 59,63]	n.b. [n.b.]
				Ø in Hessen: 61,73 %	50 / 81 Fällen	152 / 282 Fällen	0 / 0 Fällen
28c-001	Mismatch-Diagnostik bei IAT außerhalb des Zeitfensters	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		60,40 % [50,65 ; 69,38]	48,73 % [43,57 ; 53,92]	n.b. [n.b.]
				Ø in Hessen: 60,40 %	61 / 101 Fällen	173 / 355 Fällen	0 / 0 Fällen
14b-001	Thrombolyse (im Zeitfenster <=4h)	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		53,25 % [50,15 ; 56,33]	53,31 % [51,75 ; 54,87]	53,48 % [51,95 ; 55,00]
				Ø in Hessen: 53,25 %	532 / 999 Fällen	2092 / 3924 Fällen	2196 / 4106 Fällen
23-001	Intraarterielle Therapie	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		10,88 % [9,91 ; 11,95]	9,93 % [9,45 ; 10,43]	9,57 % [9,11 ; 10,06]
				Ø in Hessen: 10,88 %	390 / 3583 Fällen	1417 / 14269 Fällen	1402 / 14647 Fällen
23b-001	Intraarterielle Therapie (Gefäßverschluss, Zeitfenster > 6-24h)	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		50,47 % [41,14 ; 59,76]	51,84 % [46,64 ; 57,01]	47,97 % [43,59 ; 52,38]
				Ø in Hessen: 50,47 %	54 / 107 Fällen	183 / 353 Fällen	236 / 492 Fällen
26-001	Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie (≤ 75 min nach Bildgebung)	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		49,21 % [37,27 ; 61,24]	61,97 % [55,29 ; 68,22]	55,71 % [49,09 ; 62,13]
				Ø in Hessen: 49,21 %	31 / 63 Fällen	132 / 213 Fällen	122 / 219 Fällen
16a-002	Door-to-needle-time ≤ 60 min (Alter ≤ 80, NIHSS 4-25, bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		87,03 % [83,98 ; 89,57]	88,57 % [87,16 ; 89,84]	88,37 % [86,99 ; 89,62]
				Ø in Hessen: 87,03 %	483 / 555 Fällen	1922 / 2170 Fällen	2006 / 2270 Fällen
16c-001	Door-to-needle-time <= 60 min (erweiterte Indikation)	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		83,18 % [79,31 ; 86,44]	83,35 % [81,45 ; 85,10]	83,60 % [81,65 ; 85,37]
				Ø in Hessen: 83,18 %	351 / 422 Fällen	1332 / 1598 Fällen	1274 / 1524 Fällen
16b-002	Door-to-needle-time ≤ 30 min (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		56,79 % [50,50 ; 62,87]	54,56 % [51,37 ; 57,72]	53,17 % [50,13 ; 56,18]
				Ø in Hessen: 56,79 %	138 / 243 Fällen	514 / 942 Fällen	554 / 1042 Fällen
25b-001	Door-to-puncture-time <= 90 min (Direct to Center)	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		64,16 % [57,72 ; 70,13]	57,98 % [54,64 ; 61,25]	51,93 % [48,58 ; 55,27]
				Ø in Hessen: 64,16 %	145 / 226 Fällen	494 / 852 Fällen	443 / 853 Fällen
25c-001	Door-to-puncture-time <= 90 min (Drip and Ship)	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		88,89 % [81,19 ; 93,68]	86,76 % [82,75 ; 89,96]	89,42 % [85,21 ; 92,53]
				Ø in Hessen: 88,89 %	88 / 99 Fällen	295 / 340 Fällen	245 / 274 Fällen
18a-003	Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		1,41 [1,18 ; 1,68]	1,32 [1,20 ; 1,45]	1,07 [0,97 ; 1,18]
				Hessen:12,40% O/E=1,41	108 / 871 Fällen (12,40 %)	394 / 3354 Fällen (11,75 %)	352 / 3366 Fällen (10,46 %)
18c-003	Sterblichkeit nach Thrombolyse	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		1,44 [1,15 ; 1,78]	1,29 [1,15 ; 1,46]	1,14 [1,00 ; 1,29]
				Hessen:9,94% O/E=1,44	71 / 714 Fällen (9,94 %)	246 / 2711 Fällen (9,07 %)	216 / 2709 Fällen (7,97 %)
18d-003	Sterblichkeit nach Thrombektomie	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		1,26 [1,03 ; 1,54]	1,16 [1,04 ; 1,29]	0,99 [0,88 ; 1,11]
				Hessen:21,82% O/E=1,26	72 / 330 Fällen (21,82 %)	264 / 1231 Fällen (21,45 %)	238 / 1209 Fällen (19,69 %)
10a-004	Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		1,28 [1,10 ; 1,49]	1,18 [1,09 ; 1,28]	1,04 [0,96 ; 1,13]
				Hessen:5,04% O/E=1,28	161 / 3195 Fällen (5,04 %)	565 / 12601 Fällen (4,48 %)	533 / 12812 Fällen (4,16 %)
10b-004	Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)	Ziel: n.d.	Auffälligkeit: n.d.		1,09 [0,74 ; 1,60]	1,11 [0,90 ; 1,35]	0,97 [0,79 ; 1,20]
				Hessen:0,86% O/E=1,09	25 / 2920 Fällen (0,86 %)	93 / 11582 Fällen (0,80 %)	87 / 11852 Fällen (0,73 %)

LESEANLEITUNG

Die Ergebnisse der eigenen Klinik werden dem Gesamtergebnis aller hessischen Kliniken gegenübergestellt.

	Hessen gesamt		eigene Klinik	
	N	%	N	%
Datensätze gesamt	5 101	100,00	5 101	100,00

Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:**Indikatoren zu Prozessen/Ergebnissen**

QI-ID, Seite mit ausführlichen Informationen zum Indikator, QI-Bezeichnung

Referenzbereiche

Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators.

Zielbereich: anzustrebender Bereich (zum Teil direkt an den Auffälligkeitsbereich angrenzend)

Auffälligkeitsbereich: Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

n.d.: keine Referenzbereiche definiert

Ergebnis

Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für den aufgeführten Qualitätsindikator. Die Werte in eckigen Klammern kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall [95% CI]. Das Konfidenzintervall kennzeichnet den Bereich, in dem der Klinikwert unter Ausschluss zufälliger Faktoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt. Die Konfidenzintervalle ermöglichen eine Überprüfung auf statistische Signifikanz. Die Bewertung der Ergebnisse wird farblich veranschaulicht (siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite).

n.b.: nicht berechnet, da keine Fälle beim jeweiligen Qualitätsindikator vorhanden.

Erläuterungen zu den Referenzbereichen:

Die Referenzbereiche können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden. Wurde der Referenzbereich anhand eines Absolutwertes festgelegt, ist in der folgenden Tabelle der Vermerk "fixer Wert" eingetragen. Handelt es sich um einen errechneten Wert, ist der Tabelle zu entnehmen, wie der Qualitätsindikator aus den Gesamtdatenbestand errechnet wurde. In die Berechnung von Perzentil- und Mittelwerten gehen jeweils die Klinikwerte mit $N > 19$ (Nennerbedingung) ein ("Verteilung der Kliniken in %"). Die Hessenrate (falls verwendet) entspricht dem Prozentwert von "Hessen gesamt".

Qualitätsindikator (QI)		Grenze Zielbereich	Grenze Auffälligkeitsbereich
QI-ID	Kurzbezeichnung		
22-002	VHF-Diagnostik	fixer Wert	fixer Wert (ADSR)
13a-006	Frühzeitige Bildgebung	75%-Perzentile Hessen	fixer Wert (ADSR)
13c-001	Angio im Anschluss an CT/MRT	fixer Wert	fixer Wert
09-004	Frühzeitige Gefäßdiagnostik	fixer Wert	fixer Wert (ADSR)
12-004	Screening für Schluckstörungen	nicht definiert	fixer Wert (ADSR)
15-003	Behandlung auf Stroke Unit	fixer Wert	fixer Wert (ADSR)
14d-001	Thrombolyse nach Protokoll	nicht definiert	fixer Wert (ADSR)
23a-001	Intraarterielle Therapie	fixer Wert	fixer Wert (ADSR)
16d-001	Door-to-needle-time ≤ 60 min (Zulassung)	fixer Wert (ADSR)	10%-Perzentile Hessen
25a-001	Door-to-puncture-time ≤ 90 min	75%-Perzentile Hessen	fixer Wert (ADSR)
27-001	Erreichen des Rekanalisationsziels	fixer Wert	fixer Wert (ADSR)
17-003	Karotisrevask. bei sympt. Karotisstenose	fixer Wert	fixer Wert (ADSR)
02-003	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	nicht definiert	fixer Wert (ADSR)
03-004	Rehabilitation - Logopädie	nicht definiert	fixer Wert (ADSR)
06-002	Sekundärpr. - Antikoagulation bei VHF	nicht definiert	fixer Wert (ADSR)
21-002	Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	fixer Wert	fixer Wert (ADSR)
19-002	Ziel Reha. von Pat. mit alltagsrel. Behind.	75%-Perzentile Hessen	fixer Wert (ADSR)
11-004	Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt	fixer Wert	90%-Perzentile Hessen

Erläuterungen zu den Kennzahlen mit "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)":

Ergebnisindikatoren bedürfen häufig einer Risikoadjustierung, um einen fairen Vergleich der Werte zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu werden unterschiedliche Methoden (z. B. Stratifizierung, Standardisierung, Adjustierung) angewandt. Bei einer Risikoadjustierung mit logistischer Regression sollen patientenseitige Faktoren, die einen Einfluss auf das Ergebnis haben und mutmaßlich nicht von den Krankenhäusern beeinflusst werden können, herausgerechnet werden. Dies wird dadurch beschränkt, dass nur diese Faktoren, die auch erfasst werden, miteinbezogen werden können. Der Einfluss eines jeden Faktors wird mit einem entsprechenden Parameter quantifiziert. Dies geschieht anhand der Daten aller hessenweit erfassten Patienten. Mit den vorliegenden Parametern kann nun für jeden einzelnen Fall das Risiko errechnet werden, zu welchem ein definiertes Ereignis (z. B. Tod) eintritt.

Mit dem O/E wird damit folgendes ausgedrückt: Verhältnis der beobachteten (= Observed) Rate zu der nach entsprechender Risikoadjustierung zu erwartenden (= Expected) Rate. Liegt die Zahl unter 1, so ist das Ergebnis besser als anhand des Patienteneinflusses zu erwarten war, liegt die Zahl dagegen über 1 so hätte man unter Berücksichtigung des Patienteneinflusses ein besseres Ergebnis erwartet. Die risikoadjustierte Rate beschreibt die Rate, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren den selben Patientenmix gehabt hätte, der landesweit beobachtet werden konnte. Sie berechnet sich aus der Multiplikation der hessenweit beobachteten Gesamtrate mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate der Klinik. Die Risikofaktoren, nach welchen die folgende Auswertung adjustiert wurde sind auf der letzten Seite aufgeführt.

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Übersichtstabelle:

- Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
- Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert im Warnbereich zwischen Ziel und Auffälligkeit
- Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert signifikant auffällig
- kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden
- Sentinel Event; Einzelfallanalyse empfohlen



Abb. 1

Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:

League-Table (s. auch Abb. 1):

Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen große Intervalle (= lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 20 (Nennerbedingung) werden aufgrund der großen Konfidenzintervalle nur in Ausnahmen in der Grafik aufgeführt. Der Ziel- und Auffälligkeitsbereich - sofern definiert - wird jeweils durch eine grüne bzw. rote Linie gekennzeichnet. Als Sortierkriterium wird der Grad der Zielerreichung in aufsteigender Form gewählt ("auffällige" Klinikergebnisse sind links angeordnet).

Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor.

Unterhalb der Grafik werden ggf. verschiedene Kennwerte der Verteilung der Klinikergebnisse aufgeführt: Minimum (Min), 10. Perzentile (P10), 25. Perzentile (P25), Median, Mittelwert (Mittel), 75. Perzentile (P75), 90. Perzentile (P90) und Maximum (Max).

Box-Whisker-Plot (s. Abb. 2):

Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (graue) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50 % der Krankenhäuser. Durch die Länge der Box ist der Interquartilsabstand abzulesen. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Als Weiteres ist der Median in der Box eingezeichnet, welcher durch seine Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der Schiefe der den Daten zugrunde liegenden Verteilung vermittelt.

Als „Whisker“ werden die vertikalen Linien bezeichnet. In diesem Bericht stellen sie die 2,5 % sowie die 97,5%-Perzentile dar. Innerhalb der Whiskergrenzen liegen somit 95 % aller Werte.

Insgesamt werden pro Diagramm vier Boxplots präsentiert. Hierzu wurden die Kliniken in vier Fallzahlkategorien eingeteilt. Diese Fallzahlkategorien sowie die Anzahl der Kliniken, auf denen das Boxplot der jeweiligen Kategorie beruht, werden in einer Tabelle rechts neben der Grafik aufgeführt. Falls ein Krankenhaus keinen Fall in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators einbringt, wird es nicht in den Boxplot einbezogen.

In den Abbildungen als Kreuz (X) gekennzeichnet ist der Ergebniswert Ihrer Klinik.

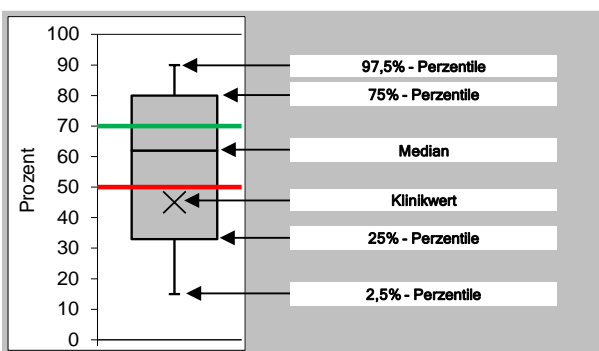


Abb. 2

VHF-Diagnostik

Kennzahl: - 22-002

Fälle ohne vorbekanntes Vorhofflimmern mit HI oder TIA

bei Mindestverweildauer von 2 Tagen

und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h

- davon Fälle mit während des stationären Aufenthaltes durchgeführter

Rhythmusdiagnostik

Hessen gesamt

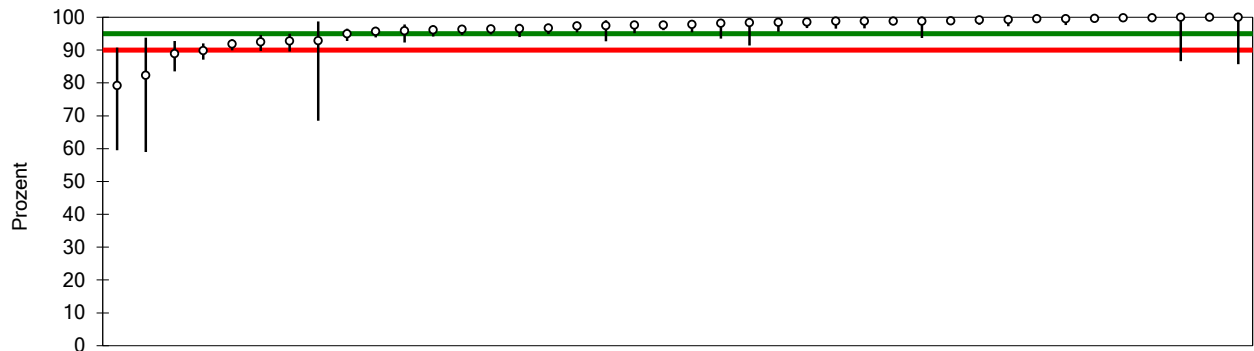
Stroke Unit ohne
IAT

Stroke Unit mit IAT

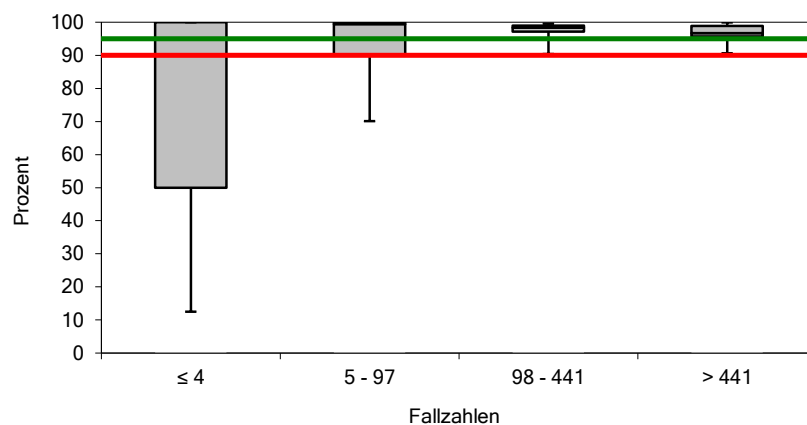
N	%	N	%	N	%
14 769		7 321		7 106	
14 270	96,6	7 156	97,8	6 814	95,9

95 % CI	95% CI	95% CI
96,32 ; 96,90	97,38 ; 98,06	95,40 ; 96,33

Vertrauensbereich (in %)

Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
79,20	91,60	95,80	97,70	96,30	99,00	99,80	100,00



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 4	21
5 - 97	12
98 - 441	16
> 441	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

Literatur (Originalarbeiten)

- (1) Schnabel RB, Haeusler KG, Healey JS et al. Searching for Atrial Fibrillation Poststroke: A White Paper of the AF-SCREEN International Collaboration. Circulation 2019; 140(22):1834-50
- (2) Sanna T, Diener HC, Passman RS et al. Cryptogenic stroke and underlying atrial fibrillation. N Engl J Med 2014; 370(26):2478-86
- (3) Afzal MR, Gunda S, Waheed S et al. Role of Outpatient Cardiac Rhythm Monitoring in Cryptogenic Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pacing and clinical electrophysiology : PACE 2015; 38(10):1236-45
- (4) Sposato LA, Cipriano LE, Saposnik G et al. Diagnosis of atrial fibrillation after stroke and transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. Lancet neurology 2015; 14(4):377-87
- Leitlinien
- (5) Ringleb P., Köhrmann M., Jansen O., et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2021, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 22.07.2021)
- (6) Australian National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management Chapter 1 to 8. Available from: informa.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017; Stand: 12.01.2020
- (7) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2019; 50(12):e344-e418
- (8) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2018; 49(3):e46-e110

Erste Bildgebung (innerhalb 30 min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)

Kennzahl: - 13a-006

Fälle mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h
und ohne TIA und ohne Bildgebung vor Aufnahme- davon Fälle mit Bildgebung bis ≤ 30 Minuten nach Aufnahme

Hessen gesamt

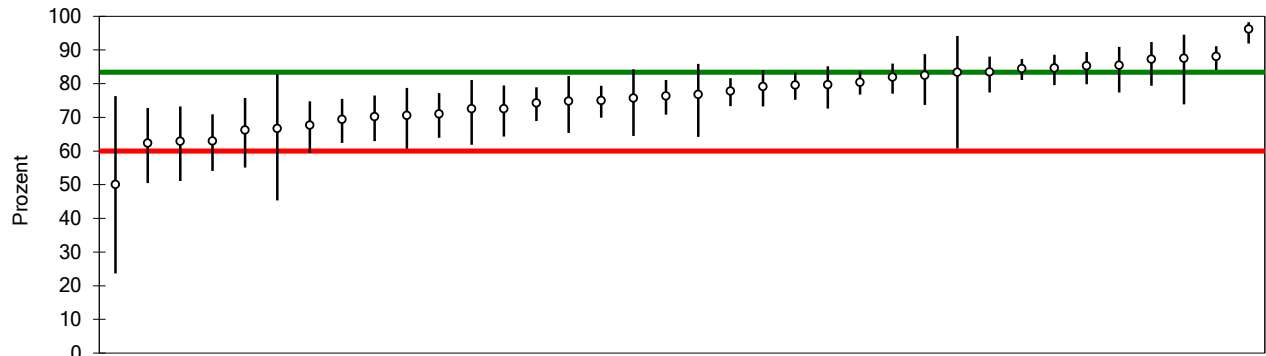
Stroke Unit ohne
IAT

Stroke Unit mit IAT

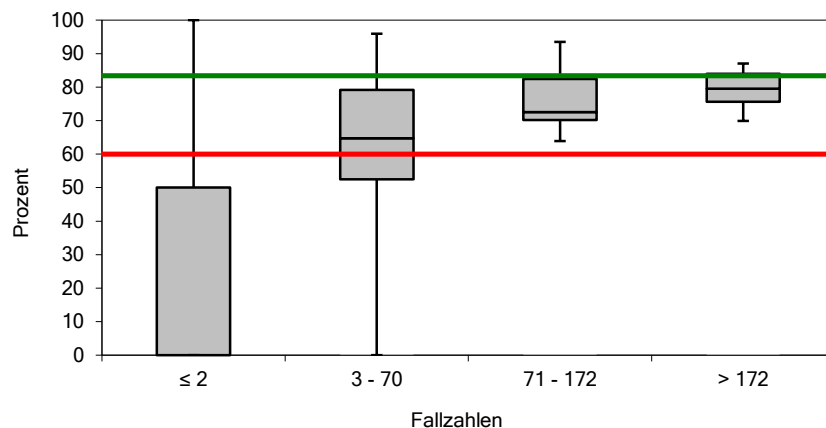
N	%	N	%	N	%
6 441		2 639		3 668	
5 043	78,3	2 008	76,1	2 954	80,5

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
77,27 ; 79,29	74,42 ; 77,68	79,22 ; 81,78

Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
50,00	64,60	70,40	76,60	76,20	83,40	86,30	96,20



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 2	18
3 - 70	14
71 - 172	13
> 172	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die intravenöse Thrombolyse nach ischämischem Hirninfarkt ist innerhalb der ersten 4,5 Stunden nach Beginn der Symptome zugelassen und gewinnbringend in Bezug auf Verhinderung bleibender Schäden (4). Aus diesem Grund muss bei potentiellen Lysekandidaten eine rasche Diagnostik im behandelnden Krankenhaus sichergestellt sein. Im Rahmen der NINDS-Studie hatte sich gezeigt, dass bei entsprechender Organisation der intrahospitalen Abläufe eine Lysetherapie durchschnittlich 55 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus begonnen werden kann (1). Somit kommen Patienten, die innerhalb von 4 Stunden nach Beginn der Symptome in ein Krankenhaus aufgenommen werden, potentiell für eine Lysetherapie in Frage (2). Die Empfehlung zur möglichst frühen Durchführung einer Bildgebung bei Patienten, die potentiell lysiert werden können, finden sich auch in den aktuellen Leitlinien der ASA sowie den Empfehlungen der Brain Attack Coalition (3, 5).

Literatur (Originalarbeiten)

- (1) The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. Stroke 1997; 28(8):1530-1540.
 - (2) Kapral MK, Laupacis A, Phillips SJ, Silver FL, Hill MD, Fang J et al. Stroke care delivery in institutions participating in the Registry of the Canadian Stroke Network. Stroke 2004; 35(7):1756-1762.
 - (3) Alberts MJ, Hademenos G, Latchaw RE, Jagoda A, Marler JR, Mayberg MR et al. Recommendations for the establishment of primary stroke centers. Brain Attack Coalition. JAMA 2000; 283(23):3102-3109.
 - (4) Hacke et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med 2008; 359(13):1317-29.
 - (5) Ringleb P., Köhrmann M., Jansen O., et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2021, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 22.07.2021)
 - (6) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2019; 50(12):e344-e418
- Leitlinien:** (5) 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.

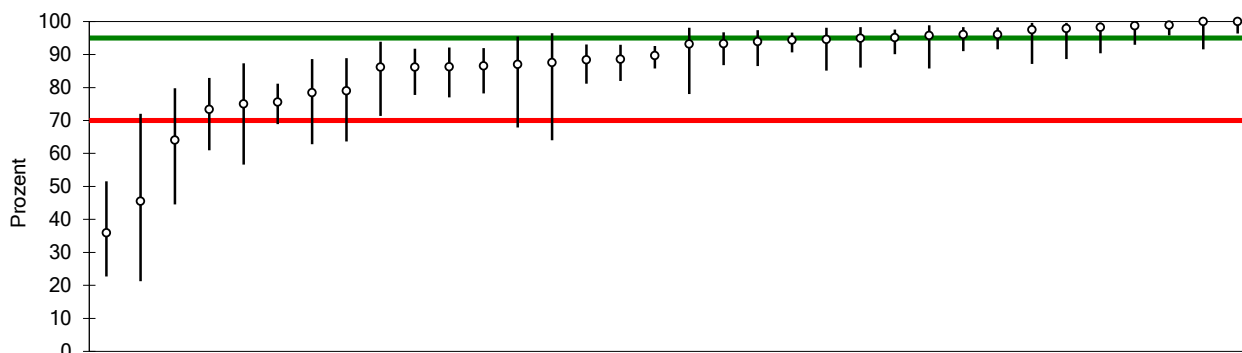
CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung (HI, NIHSS ≥ 4)

Kennzahl: - 13c-001

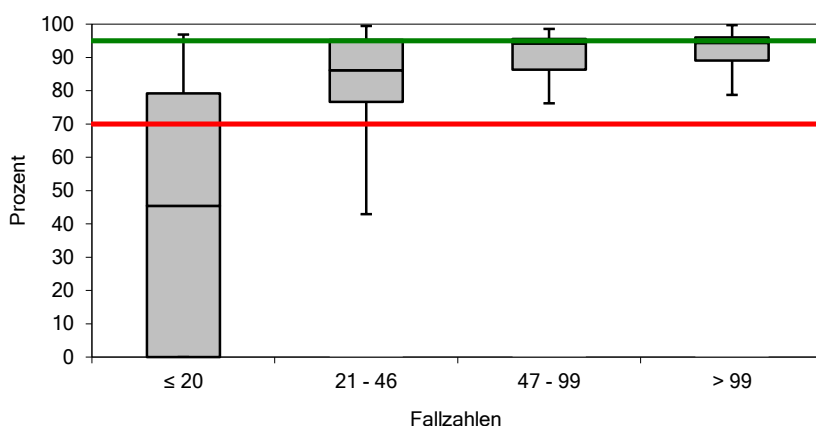
Hirnfarkte mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h und NIHSS ≥ 4
(ohne Fälle mit Bildgebung vor Aufnahme)
- davon Fälle mit CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie direkt im
Anschluss an native Bildgebung

Hessen gesamt		Stroke Unit ohne IAT		Stroke Unit mit IAT	
N	%	N	%	N	%
2 896		1 098		1 762	
2 597	89,7	961	87,5	1 616	91,7
95 % CI		95% CI		95% CI	
88,51 ; 90,73		85,44 ; 89,35		90,33 ; 92,91	

Vertrauensbereich (in %)

Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
35,90	73,80	86,10	91,40	86,80	95,90	98,50	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 20	11
21 - 46	11
47 - 99	10
> 99	11

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die ADSR hat bzgl. dieses Indikators noch keine Erläuterungen veröffentlicht.

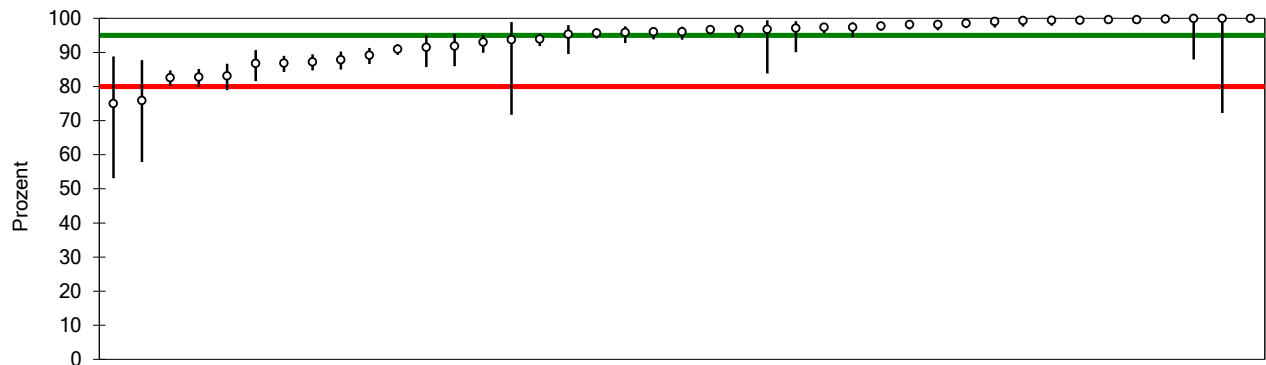
Assoziierte Leitlinien:

- (1) Ringleb P., Köhrmann M., Jansen O., et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2021, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 22.07.2021)
- (2) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2019; 50(12):e344-e418
- (3) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2018; 49(3):e46-e110
- (4) Boulanger JM, Butcher K, Gubitz G et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care. Available from: www.strokebestpractices.ca/recommendations/acute-stroke-management; Stand: 20.02.2019
- (5) Australian National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management Chapter 1 to 8. Available from: informme.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017; Stand: 12.01.2020
- (6) Royal College of Physicians. National clinical guideline for stroke (fifth edition). Stand: 30.05.2017

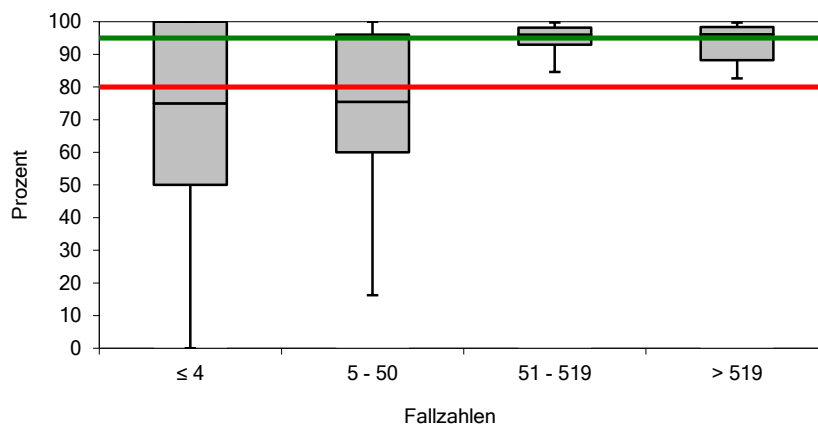
Frühzeitige Gefäßdiagnostik (spätestens am Folgetag der Aufnahme)

Kennzahl: - 09-004

Kennzahl: - 09-004	Hessen gesamt		Stroke Unit ohne IAT		Stroke Unit mit IAT	
	N	%	N	%	N	%
Fälle mit TIA oder Hirninfarkt und ohne Gefäßdiagnostik vor Aufnahme	18 482		9 073		8 999	
- davon Fälle mit Doppler- / Duplex-Sonographie und/oder CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie spätestens am Folgetag nach Aufnahme	17 258	93,4	8 733	96,3	8 186	91,0
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI		95% CI		95% CI	
	93,01 ; 93,73		95,84 ; 96,62		90,36 ; 91,54	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	75,00	83,20	90,90	96,10	93,70	98,50	99,60	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 4	21
5 - 50	14
51 - 519	17
> 519	18

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Durchführung einer Hirngefäßdiagnostik ist zur Subtypklassifikation des Hirninfarktes und zur Entscheidung über das therapeutische Vorgehen bei Transitorisch Ischämischer Attacke 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.

Originalarbeiten

- (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.
- (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.
- (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.

Leitlinien

- (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.
- (5) Ringelb P., Köhrmann M., Jansen O., et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2021, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 22.07.2021)
- (6) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2019; 50(12):e344-e418
- (7) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2018; 49(3):e46-e110

Screening für Schluckstörungen

Kennzahl: - 12-004

Fälle mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag, ohne TIA, ohne Bewusstseinsstörung bei Aufnahme und ohne durchführbaren Schlucktest und ohne Verlegung innerhalb 12h

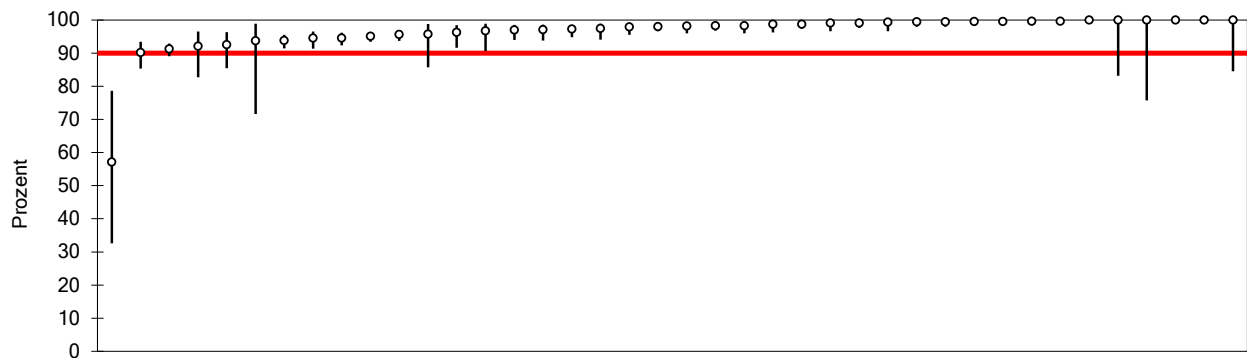
- davon Fälle mit nach Protokoll durchgeführtem Schlucktest

Hessen gesamt *Stroke Unit ohne IAT* Stroke Unit mit IAT

N	%	N	%	N	%
13 570		6 236		7 054	
13 160	97,0	6 113	98,0	6 808	96,5

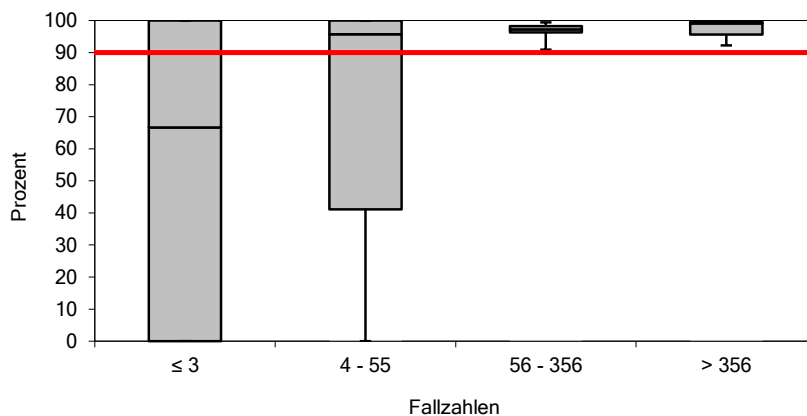
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
96,68 ; 97,25	97,65 ; 98,34	96,06 ; 96,92



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
57,10	92,50	95,50	98,10	96,30	99,50	100,00	100,00



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 3	19
4 - 55	15
56 - 356	17
> 356	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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.

Originalarbeiten

- (1) Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia* 2001; 16(1):7-18.
- (2) Mann G, Hankey GJ. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. *Dysphagia* 2001; 16(3):208-215.
- (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.
- (4) Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke* 2003; 34(5):1252-1257.
- (5) Martino R, Pron G, Diamant N. Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: insufficient evidence for guidelines. *Dysphagia* 2000; 15(1):19-30.

Leitlinien

- (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.
- (7) Royal College of Physicians, Intercollegiate Working Party for Stroke. National Clinical Guidelines for Stroke. Update 2002.
- (8) Stroke Foundation of New Zealand, New Zealand Guidelines Group. Life after Stroke. New Zealand guideline for management of stroke, 2003.
- (9) National Stroke Foundation (Australia). National Clinical Guidelines for Acute Stroke Management, 2003.

Behandlung auf Stroke Unit

Kennzahl: - 15-003

Fälle mit Hirninfarkt oder TIA, die mit einem Intervall Ereignis-Aufnahme ≤ 24 h in eine Klinik mit einer Stroke-Unit aufgenommen werden (inkl. Inhouse-Stroke)
- davon Behandlung auf Stroke Unit bzw. Intensivstation

Hessen gesamt

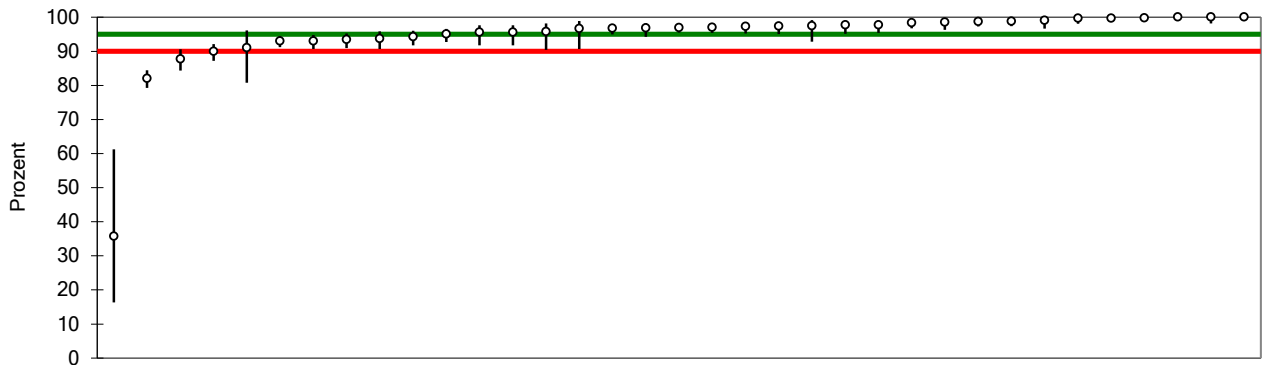
Stroke Unit ohne IAT

Stroke Unit mit IAT

N	%	N	%	N	%
14 255		7 063		7 192	
13 590	95,3	6 901	97,7	6 689	93,0

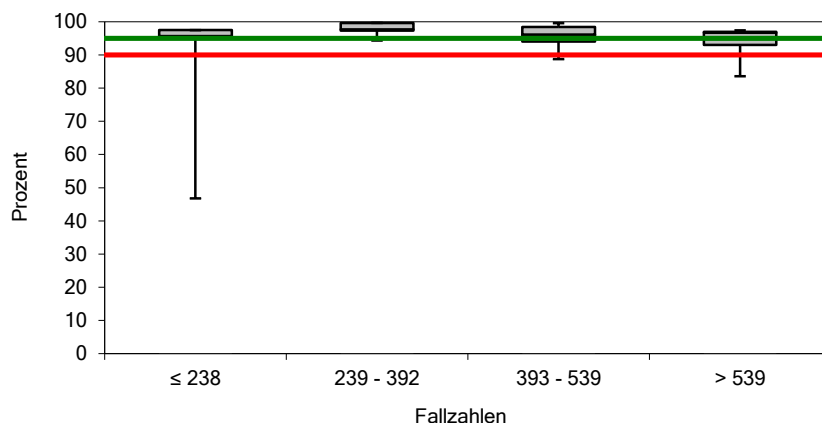
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
94,98 ; 95,67	97,33 ; 98,03	92,39 ; 93,57



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
35,70	90,40	94,00	96,90	94,30	98,60	99,70	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 238	9
239 - 392	9
393 - 539	8
> 539	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

In randomisierten klinischen Studien führt die Behandlung auf einer Stroke Unit zu einem verbesserten Outcome bei Patienten nach einem Schlaganfall. Die Wirksamkeit dieser Behandlung auf die Verbesserung des Langzeitoutcomes, auch in der klinischen Routine, wurde in einer Reihe von Beobachtungsstudien nachgewiesen, z. B. in Deutschland, Italien und Schweden. Im Rahmen des deutschen Stroke Unit Konzeptes ist eine sofortige Aufnahme des Patienten auf eine Stroke Unit vorgesehen.

Originalarbeiten bzw. Leitlinien

- (1) Busse O. Stroke units and stroke services in Germany. Cerebrovasc Dis 2003;15 (Suppl 1):8-10.
- (2) Candelise L, PROSIT Study Group et al. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. Lancet 2007;369:299-305.
- (3) Cavallini A et al. Role of monitoring in management of acute ischemic stroke patients. Stroke 2003;34:2599-603.
- (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.
- (5) Foley N, et al. Specialized stroke services: a meta-analysis comparing three models of care. Cerebrovasc Dis 2007;23:194-202.
- (6) Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Cochrane Database Syst Rev. 2004.
- (7) Silva Y, et al. Semi-intensive monitoring in acute stroke and long-term outcome. Cerebrovasc Dis 2005;19:23-30.
- (8) Sulter G, et al. 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.
- (9) Walter A, et al. 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.
- (10) Terént A, et al; 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.
- (11) European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee. ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Cerebrovasc Dis 2008;25:457-507.

sowie weitere ...

Thrombolyse (NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)

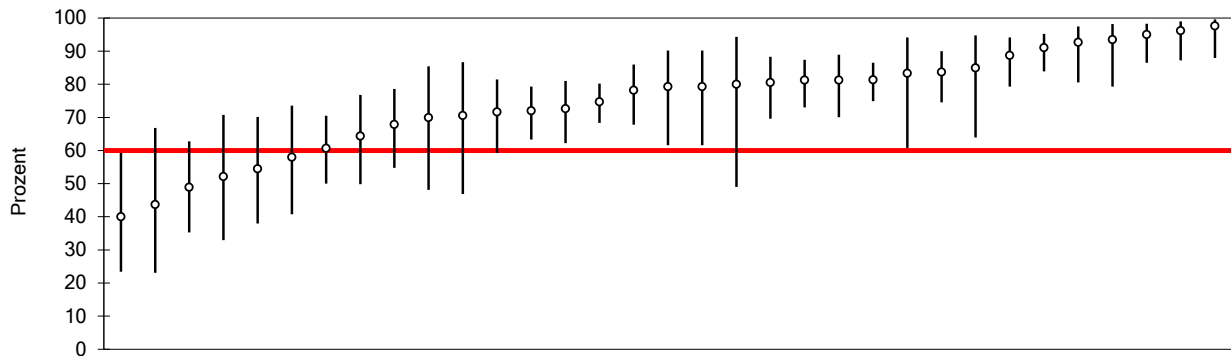
Kennzahl: - 14d-001

Fälle mit Hirninfarkt mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h,
NIHSS 4-25, ohne Verlegung zur Thrombolyse und ohne durchgeführte
Thrombolyse in vorbehandelnder Einrichtung, ohne Lyse mit IAT
und ohne Vorbehandlung mit Antikoagulanzen
- davon Fälle mit Thrombolysetherapie im eigenen Haus

Hessen gesamt		Stroke Unit ohne IAT		Stroke Unit mit IAT	
N	%	N	%	N	%
1 969		782		1 162	
1 511	76,7	582	74,4	914	78,7

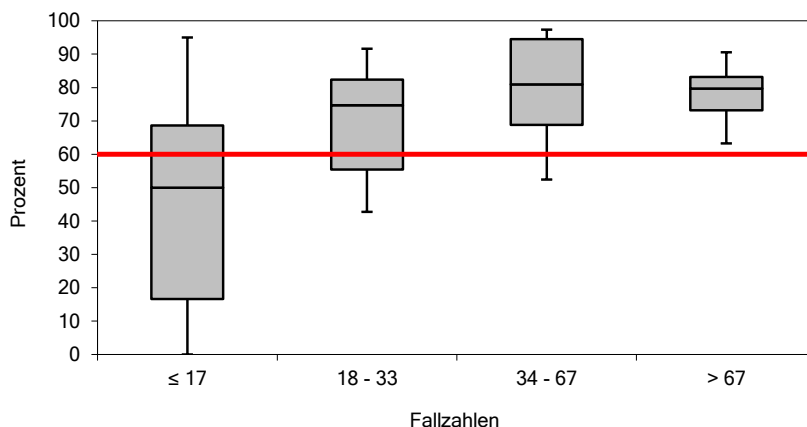
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
74,82 ; 78,55	71,25 ; 77,36	76,21 ; 80,92



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
40,00	52,60	67,90	79,30	74,90	83,70	93,40	97,70



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 17	11
18 - 33	10
34 - 67	10
> 67	10

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Basierend auf den Daten der NINDS und der ECASS-Studien 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 Auflagen zugelassen. Zu diesen Auflagen zählen z. B. der Therapiebeginn innerhalb von 3 Stunden (mittlerweile innerhalb von 4,5 Stunden) (5) 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.

Originalarbeiten

- (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.
- (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.
- (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.
- (4) The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care. Stroke 1997; 28(8):1530-1540.
- (5) Hacke et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med 2008; 359(13):1317-29

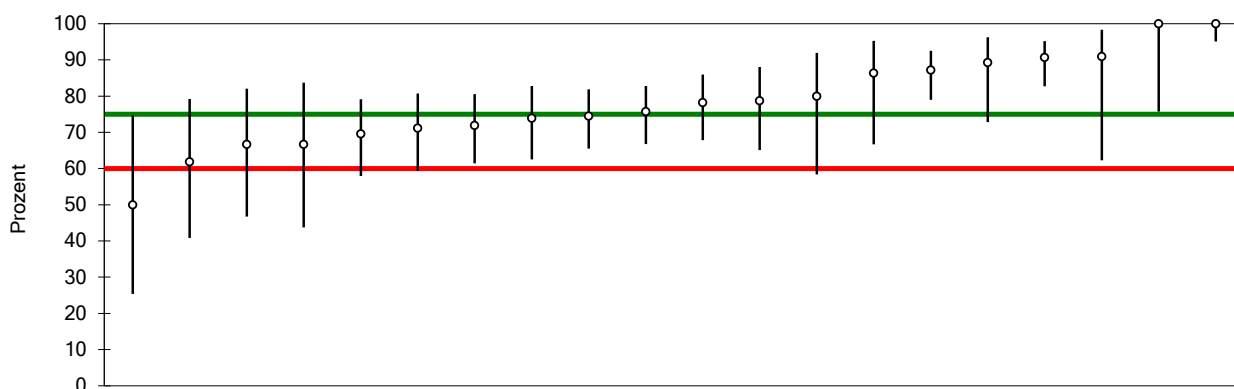
Intraarterielle Therapie (bei Gefäßverschuß und Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h)

Kennzahl: - 23a-001

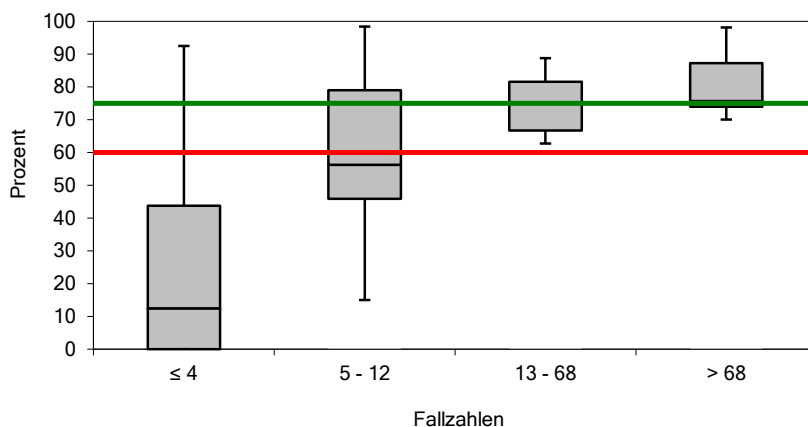
Fälle mit HI und mit Gefäßverschluss (Carotis-T, M1, M2 oder BA) und einem
Zeitintervall Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h oder Inhouse-Stroke (exkl. IAT vor Aufn.)
- davon Fälle mit Durchführung einer bzw. Verlegung zur Intraarteriellen Therapie

Hessen gesamt		Stroke Unit ohne IAT		Stroke Unit mit IAT	
N	%	N	%	N	%
1 108		221		879	
850	76,7	149	67,4	698	79,4
95 % CI		95% CI		95% CI	
74,14 ; 79,11		60,99 ; 73,26		76,61 ; 81,95	

Vertrauensbereich (in %)

Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
50,00	66,20	70,80	77,00	78,20	87,70	91,80	100,00



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 4	10
5 - 12	8
13 - 68	8
> 68	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten**Originalarbeiten**

- (1) Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med 2015; 372(1):11-20
- (2) Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ et al. Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection. N Engl J Med 2015; 372(11):1009-18
- (3) Goyal M, Demchuk AM, Menon BK et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. N Engl J Med 2015; 372(11):1019-30
- (4) Jovin TG, Chamorro A, Cobo E et al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. N Engl J Med 2015; 372(24):2296-306
- (5) Saver JL, Goyal M, Bonafe A et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. N Engl J Med 2015; 372(24):2285-95
- (6) Bracard S, Ducrocq X, Mas JL et al. Mechanical thrombectomy after intravenous alteplase versus alteplase alone after stroke (THRACE): a randomised controlled trial. Lancet neurology 2016; 15(11):1138-47
- (7) Goyal M, Menon BK, van Zwam WH et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. Lancet 2016; 387(10029):1723-31
- (8) Campbell BC, Hill MD, Rubiera M et al. Safety and Efficacy of Solitaire Stent Thrombectomy: Individual Patient Data Meta-Analysis of Randomized Trials. Stroke 2016; 47(3):798-806

Leitlinien:

- (1) Ringleb P., Köhrmann M., Jansen O., et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2021, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 22.07.2021)
- (2) Veltkamp R, Ringleb P. Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls - Ergänzung 2015 - Rekanalisierende Therapie. Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-140.html>; Stand: 04.12.2015
- (3) Boulanger JM, Butcher K, Gubitz G et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care. Available from: www.strokebestpractices.ca/recommendations/acute-stroke-management; Stand: 20.02.2019
- (4) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2019; 50(12):e344-e418

Door-to-needle-time ≤ 60 min (gem. aktueller Zulassung: NIHSS 4-25, Zeit Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h)

Kennzahl: - 16d-001

Fälle mit HI und intravenöser Thrombolyse im eigenen Haus

Zeitintervall Ereignis-Aufnahme ≤ 4 h und NIHSS 4-25

- davon Fälle mit „door-to-needle-time“ ≤ 60 min

Hessen gesamt

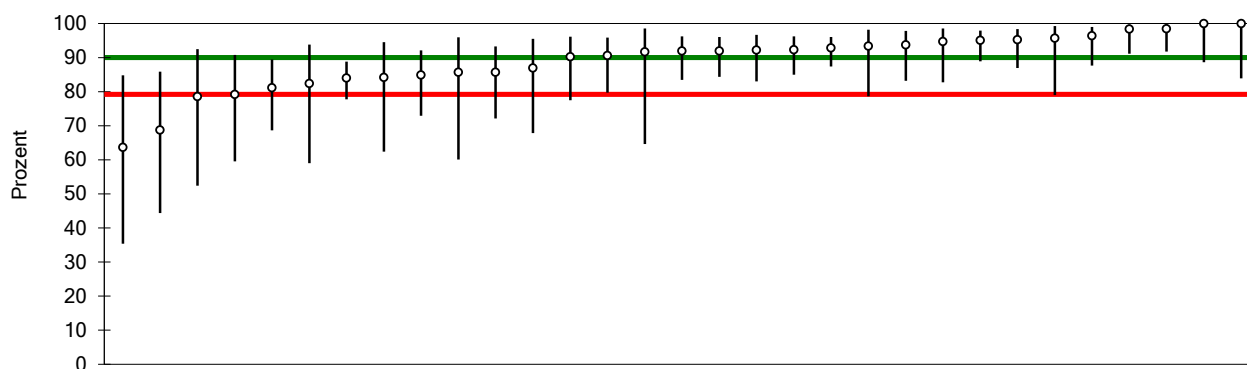
Stroke Unit ohne
IAT

Stroke Unit mit IAT

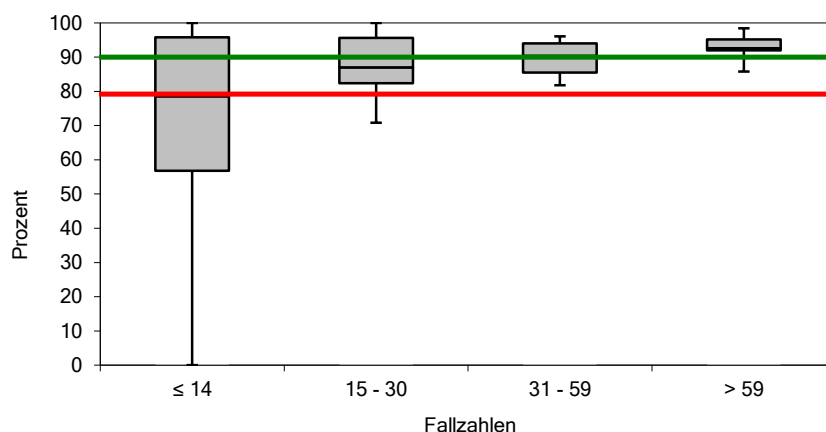
N	%	N	%	N	%
1 575		603		955	
1 426	90,5	542	89,9	871	91,2

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
88,99 ; 91,89	87,22 ; 92,04	89,24 ; 92,84

Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
63,60	79,20	84,60	91,90	89,00	94,90	98,30	100,00



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 14	11
15 - 30	9
31 - 59	8
> 59	10

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Hintergrund

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

Literatur

Originalarbeiten

- (1) Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, Brodt 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.
- (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.
- (3) The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care Stroke 1997; 28(8):1530-1540

Leitlinien

- (4) European Stroke Organisation. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. CerebrovascDis. 2008;25(5):457.
- (5) 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.

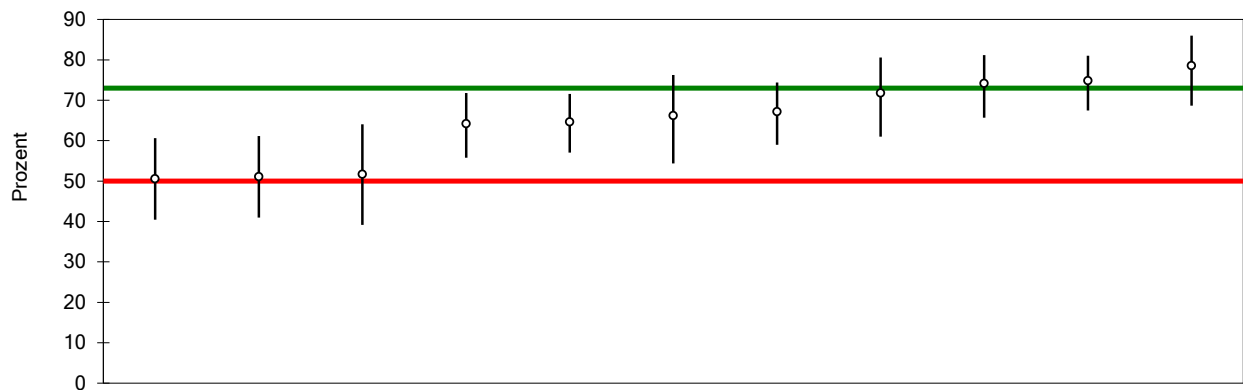
Door-to-puncture-time ≤ 90 min

Kennzahl: - 25a-001

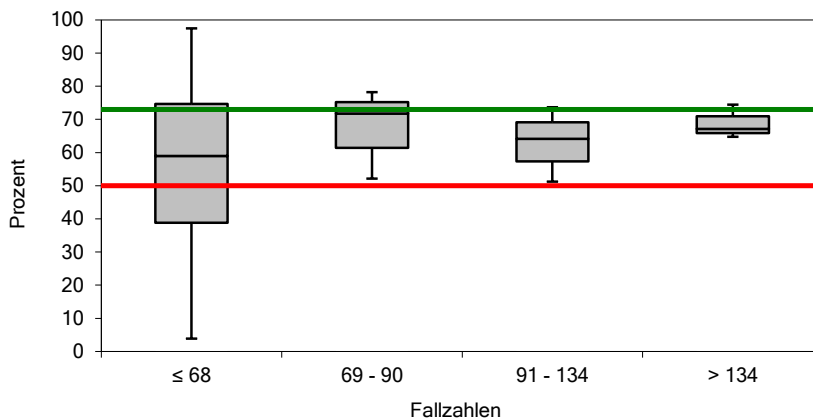
Hessen gesamt *Stroke Unit ohne IAT* *Stroke Unit mit IAT*

	N	%	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Alle im eigenen Haus durchgeführten intraarteriellen Therapien	1 192		<i>9</i>		<i>1 182</i>	
- davon Zeit zwischen Aufnahme und Punktion (Door-to-puncture-time) ≤ 90 min	789	66,2	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>780</i>	<i>66,0</i>

	95 % CI	<i>95% CI</i>	<i>95% CI</i>
Vertrauensbereich (in %)	63,46 ; 68,82	<i>70,08 ; 100,00</i>	<i>63,24 ; 68,63</i>



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	50,60	51,10	58,00	66,20	65,00	73,00	74,80	78,60



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 68	4
69 - 90	3
91 - 134	3
> 134	3

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die ADSR hat bzgl. dieses Indikators noch keine Erläuterungen veröffentlicht. Kliniken mit N ≥ 10 im Nenner in League-Table abgebildet.

Assoziierte Leitlinien

- (1) Ringleb P., Köhrmann M., Jansen O., et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2021, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 22.07.2021)
- (2) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2019; 50(12):e344-e418
- (3) NICE. Acute stroke. Available from: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/stroke>; Stand: 17.02.2019

Erreichen des Rekanalisationsziels (TICI IIb-III)

Kennzahl: - 27-001

Hessen gesamt

Stroke Unit ohne
IAT

Stroke Unit mit IAT

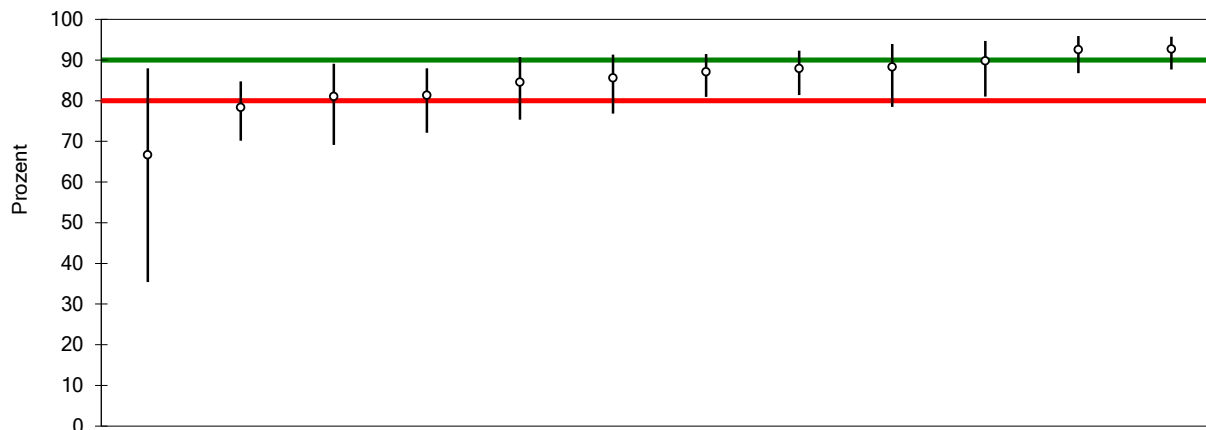
Fälle mit im eigenen Haus durchgeführten intraarteriellen Therapien

- davon Fälle mit erfolgreicher Rekanalisation (TICI = IIb- III)

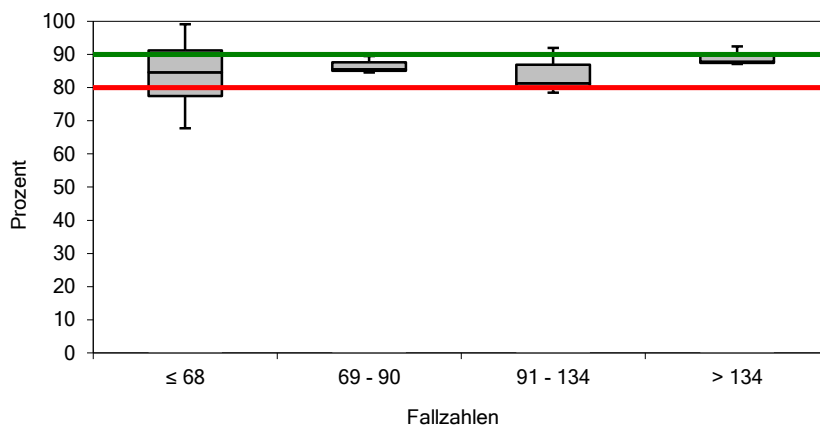
N	%	N	%	N	%
1 192		9		1 182	
1 034	86,7	6	66,7	1 027	86,9

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
84,70 ; 88,55	35,42 ; 87,94	84,84 ; 88,69

Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
66,70	78,60	81,20	86,30	84,60	88,60	92,30	92,70



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 68	4
69 - 90	3
91 - 134	3
> 134	3

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die ADSR hat bzgl. dieses Indikators noch keine Erläuterungen veröffentlicht.

Assoziierte Literatur**Originalarbeiten**

- (1) Goyal M, Fargen KM, Turk AS et al. 2C or not 2C: defining an improved revascularization grading scale and the need for standardization of angiography outcomes in stroke trials. J Neurointerv Surg 2014; 6(2):83-6
- (2) Kaesmacher J, Dobrocky T, Heldner MR et al. Systematic review and meta-analysis on outcome differences among patients with TICI2b versus TICI3 reperfusions: success revisited. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2018; 89(9):910-7

Leitlinien

- (3) Ringleb P., Köhrmann M., Jansen O., et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2021, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 22.07.2021)
- (4) Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2019; 50(12):e344-e418
- (5) Turc G, Bhogal P, Fischer U et al. European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischaemic Stroke Endorsed by Stroke Alliance for Europe (SAFE). Eur Stroke J 2019; 4(1):6-12

Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose (bei Stenosegrad 70 - < 100 %, Rankin bei Entlassung ≤ 3)

Kennzahl: - 17-003

Fälle mit Diagnose Hirninfarkt oder TIA mit Nachweis symptomatischer Karotisstenose ≥ 70 % und <100%; Rankin Scale bei Entlassung ≤ 3, ohne Patienten mit intraarterieller Therapie und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h

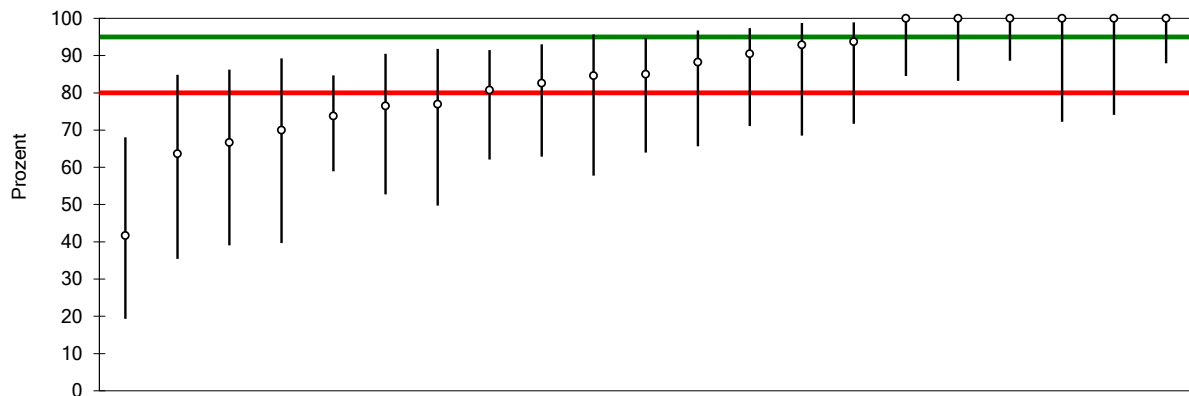
- davon Fälle mit Revaskularisation der Carotis während des dokum. Aufenthalts bzw. Verlegung (extern) zur Revaskularisation bzw. mit Empfehlung im Arztbrief

Hessen gesamt *Stroke Unit ohne IAT* *Stroke Unit mit IAT*

N	%	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
462		<i>223</i>		<i>229</i>	
391	85	<i>177</i>	<i>79</i>	<i>206</i>	<i>90</i>

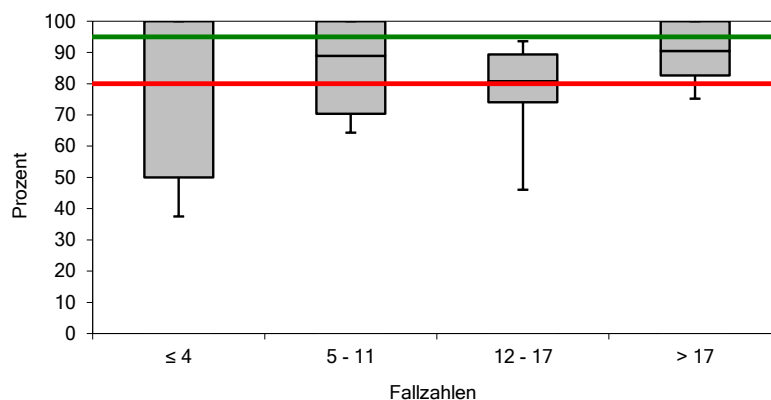
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	<i>95% CI</i>	<i>95% CI</i>
81,06 ; 87,63	<i>73,59 ; 84,16</i>	<i>85,38 ; 93,21</i>



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
41,70	66,70	76,50	85,00	84,20	100,00	100,00	100,00



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 4	11
5 - 11	10
12 - 17	8
> 17	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten**Hintergrund**

Die Revaskularisierung symptomatischer Karotisstenosen ist ein evidenzbasiertes, hocheffektives Verfahren zur Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls. Bei hochgradigen (≥ 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 Analyse der großen Studien zur Thrombendarterektomie (CEA) bei symptomatischer Karotisstenose 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.

Originalarbeiten

- (1) Rothwell P, et al. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. Lancet 2004;363:914-24
- (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

Leitlinien

- (3) 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

- (4) 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.

Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie (bei Rankin ≥ 3 oder BI ≤ 70)

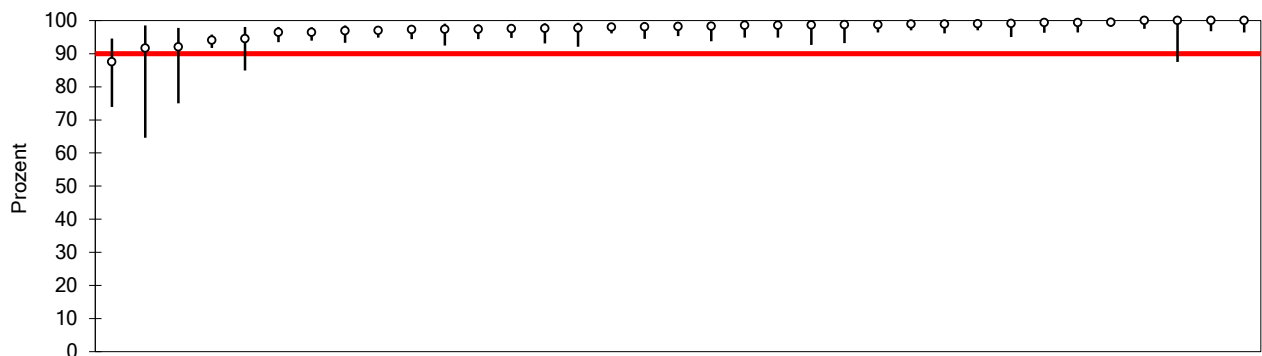
Kennzahl: - 02-003

Fälle mit Paresen und deutlicher Funktionseinschränkung (operationalisiert durch Rankin-Skala ≥ 3 oder Barthel-Index ≤ 70 innerhalb von 24 h nach Aufnahme) und mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag und ohne TIA und ohne komatöse Bewusstseinslage bei Aufnahme und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h

- davon Fälle mit Untersuchung oder Behandlung durch Physio-/Ergotherapeuten bis zum Tag 2 nach Aufnahme

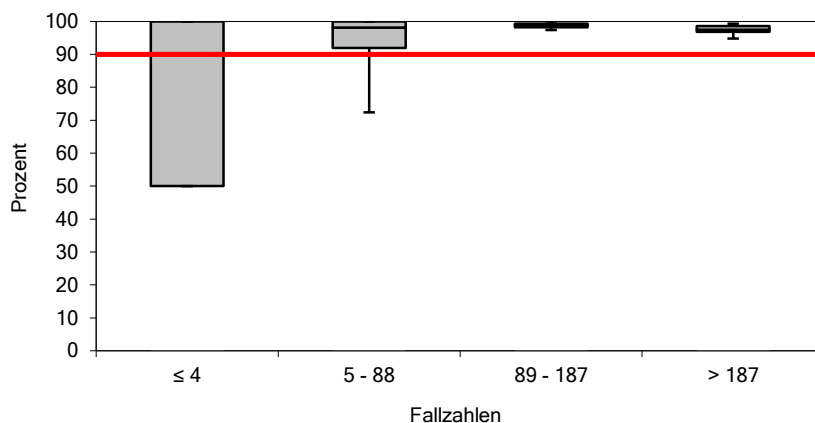
Hessen gesamt		Stroke Unit ohne IAT		Stroke Unit mit IAT	
N	%	N	%	N	%
6 612		2 724		3 785	
6 451	97,6	2 676	98,2	3 684	97,3
95 % CI		95% CI		95% CI	
97,16 ; 97,91		97,67 ; 98,67		96,77 ; 97,80	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
87,50	94,20	97,10	98,10	97,40	99,00	99,80	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 4	16
5 - 88	12
89 - 187	13
> 187	14

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten**Hintergrund**

Mehrere Leitlinien empfehlen, so früh wie möglich mit der Rehabilitation zu beginnen. Es ist jedoch unklar, was genau unter den Begriff „Rehabilitation“ fällt und welchen Einfluss einzelne Komponenten haben. Deutlich sind nur der frühe Beginn und der interdisziplinäre Ansatz. Aufgrund fehlender Evidenz sowie methodischer Schwierigkeiten bei Definitionen und Operationalisierungsmöglichkeiten einzelner rehabilitativer Maßnahmen wird ein Qualitätsindikator vorgeschlagen, der die mit guter Evidenz belegte frühzeitige Rehabilitation bei definierten Ausfällen widerspiegeln soll.

Leitlinien

- (1) Ringelb P., Köhrmann M., Jansen O., et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, S2e-Leitlinie, 2021, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 22.07.2021)
- (2) (DGNR) DGfNeV. S3-Leitlinie Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall der DGNR (AWMF-Register-Nr. 080-001). Available from: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/080-001.html; Stand: 30.09.2020
- (3) Royal College of Physicians. National clinical guideline for stroke (fifth edition). Stand: 30.05.2017
- (4) NICE. Acute stroke. Available from: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/stroke>; Stand: 17.02.2019
- (5) Australian National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management Chapter 1 to 8. Available from: informa.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017; Stand: 12.01.2020
- (6) Boulanger JM, Butcher K, Gubitz G et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care. Available from: www.strokebestpractices.ca/recommendations/acute-stroke-management; Stand: 20.02.2019
- (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.
- (8) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. A national clinical guideline, 2002.
- (9) Heart and Stroke Foundation of Ontario. Best Practice Guidelines for Stroke Care, 2003.

Rehabilitation - Logopädie (bei Aphasie/Dysarthrie/Dysphagie)

Kennzahl: - 03-004

Fälle mit Aphasie / Dysarthrie / Dysphagie bei Aufnahme mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag und ohne TIA und ohne komatöse Bewusstseinslage bzw. Somnolenz/Sopor bei Aufnahme und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h

- davon Fälle mit Untersuchung oder Behandlung durch Logopäden bis zum Tag 2 nach Aufnahme

Hessen gesamt

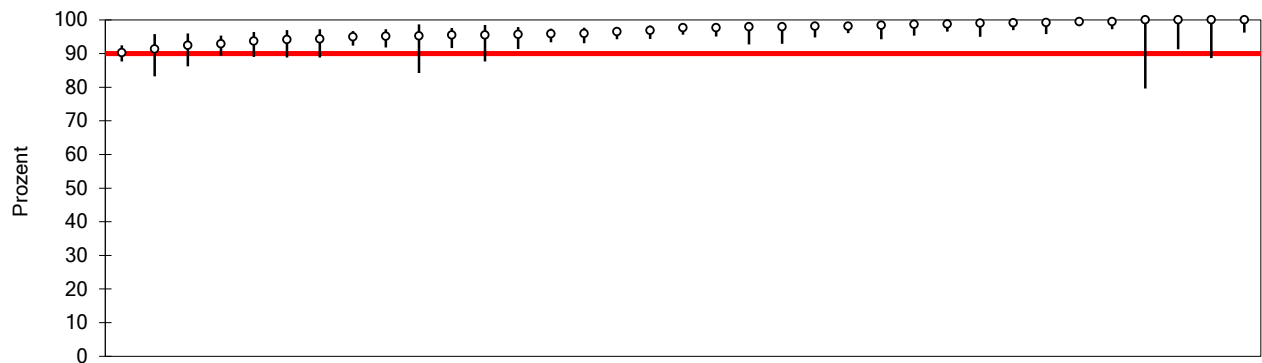
Stroke Unit ohne IAT

Stroke Unit mit IAT

N	%	N	%	N	%
7 230		3 051		4 068	
6 941	96	2 964	97,15	3 888	95,58

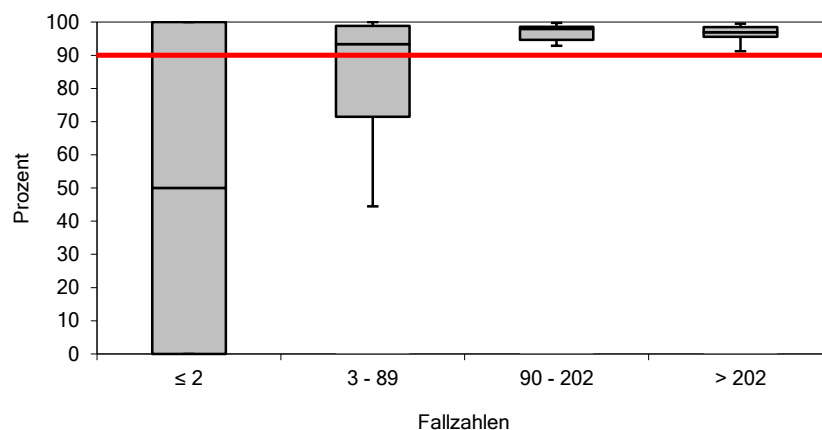
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
95,53 ; 96,43	96,50 ; 97,68	94,90 ; 96,17



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
90,30	93,20	95,20	97,70	96,80	98,90	99,80	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 2	19
3 - 89	10
90 - 202	14
> 202	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Hintergrund

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 Qualitätsindikator vorgeschlagen, der die mit guter Evidenz belegte frühzeitige Rehabilitation bei definierten Ausfällen widerspiegeln soll.

Originalarbeiten / Reviews

- (1) Brady MC, Kelly H, Godwin J et al. Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database Syst Rev 2016; (6):CD000425
- (2) Langhorne P, Pollock A. What are the components of effective stroke unit care? Age Ageing 2002; 31(5):365-371.
- (3) Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD002924.
- (4) Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev 2004;(1):CD000313.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(1):CD000197.
- (8) Miceli 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.

Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern (Rankin bei Entlassung ≤ 3)

Kennzahl: - 06-002

Fälle mit einer mäßig- bzw. geringgradigen Beeinträchtigung (operationalisiert über 2 Items des Barthel-Index bzw. Rankin-Skala bei Entlassung) mit TIA oder Hirninfarkt und Vorhofflimmern, die nach Hause oder in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen wurden (ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h und ohne palliative Therapiezielsetzung)

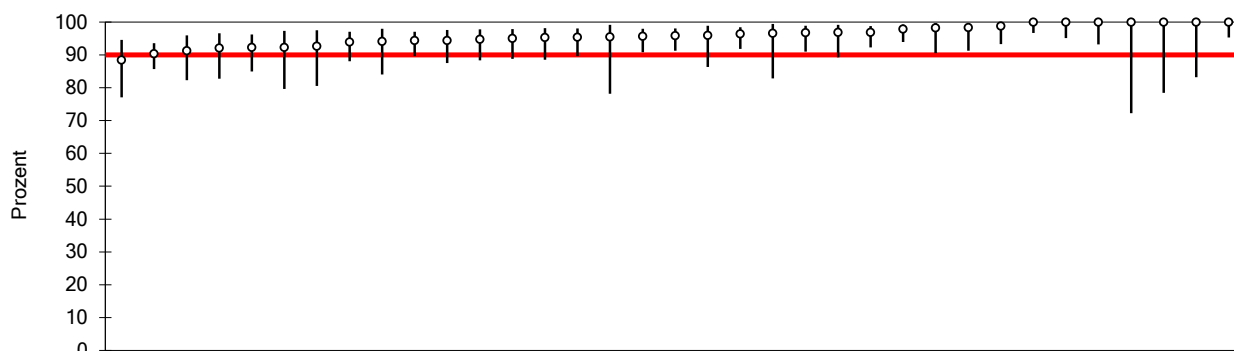
- davon Fälle mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung / Verlegung oder mit Empfehlung zur Antikoagulation im Entlass- / Verlegungsbefehl

Hessen gesamt *Stroke Unit ohne IAT* *Stroke Unit mit IAT*

N	%	N	%	N	%
2 908		1 485		1 376	
2 778	95,53	1 414	95,22	1 318	95,78

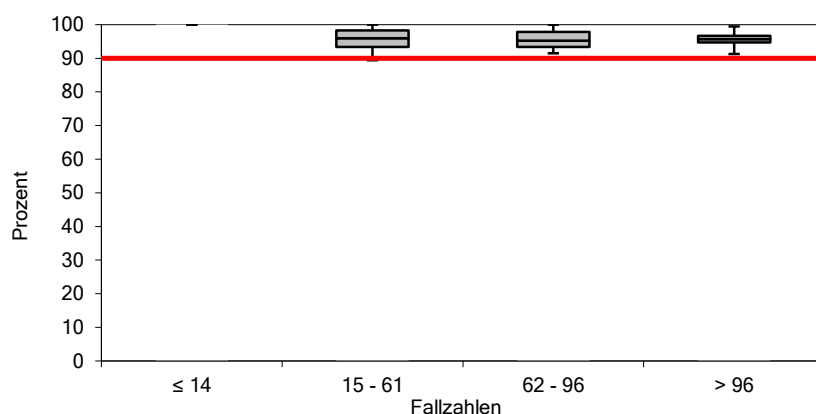
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
94,72 ; 96,22	94,01 ; 96,19	94,59 ; 96,73



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
88,50	92,20	94,30	95,90	95,90	98,30	100,00	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 14	12
15 - 61	11
62 - 96	11
> 96	11

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten**Hintergrund**

Bei Schlaganfall mit Vorhofflimmern stellt die Antikoagulation (mit Vitamin-K-Antagonisten bzw. neuen oralen Antikoagulanzen) die wirksamste Reinfarktprophylaxe dar.

Leitlinien

- (1) Leitlinie „Akute zerebrale Ischämie“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), erstellt 01.05.2002; aufzufinden unter: <http://www.dgn.org/59.0.html>.
- (2) 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
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) Royal College of Physicians, Intercollegiate Working Party for Stroke. National Clinical Guidelines for Stroke. Upd. 2002.
- (6) Heart and Stroke Foundation of Ontario. Best Practice Guidelines for Stroke Care, 2003.
- (7) Stroke Foundation of New Zealand, New Zealand Guidelines Group. Life after Stroke. New Zealand guideline for management of stroke, 2003.
- (8) National Stroke Foundation (Australia). National Clinical Guidelines for Acute Stroke Management, 2003.
- (9) 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.

Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe

Kennzahl: - 21-002

Fälle mit Diagnose HI / TIA (ohne Verstorbene, ohne Fälle mit Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h sowie ohne Fälle mit palliativer Therapiezielsetzung)

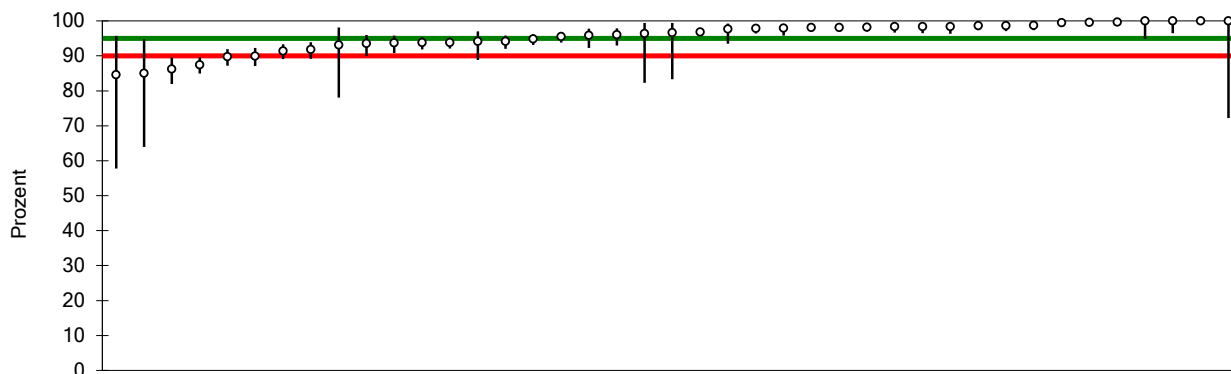
- davon Fälle, die zum Entlassungszeitpunkt ein Statin erhielten oder denen ein Statin verordnet oder empfohlen wurde

Hessen gesamt *Stroke Unit ohne IAT* *Stroke Unit mit IAT*

N	%	N	%	N	%
18 623		9 275		8 931	
17 795	95,6	8 872	95,7	8 541	95,6

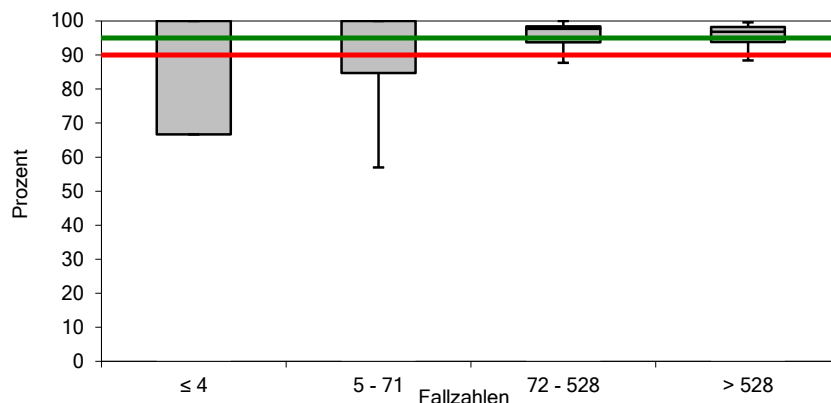
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
95,25 ; 95,84	95,22 ; 96,05	95,19 ; 96,04



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
84,60	89,80	93,80	96,70	95,40	98,40	99,60	100,00



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 4	21
5 - 71	14
72 - 528	17
> 528	17

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Systematische Übersichtsarbeiten zeigten, dass die Gabe von Statinen das Risiko eines erneuten Schlaganfalls bei Patienten mit ischämischem 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 kardiovaskulärer Begleiterkrankungen festzustellen.

Originalarbeiten bzw. Leitlinien

- (1) Afzal J et al. Statins for secondary prevention in elderly patients. JACC 2008; 51 (1): 37-45
- (2) Amarenco P et al. High-dose atorvastatin after Stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med 2006; 355 (6): 549-59
- (3) Davis S & Donnan G. Secondary Prevention after ischemic stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med 2012; 366 (20): 1914-22
- (4) Di Legge S. et al. Stroke prevention: Managing modifiable risk factors. Stroke research and treatment 2012; Article ID 391538, 15 pages
- (5) Goldstein LB et al. Hemorrhagic stroke in the stroke prevention by aggressive reduction in cholesterol levels study. Neurology 2008;70: 2364-70
- (6) Manktelow B & Potter J. Interventions in the management of serum lipids for preventing stroke recurrence. Stroke 2009; 40: 622-23
- (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-
- (8) Savarese G et al. Benefits of statins in elderly subjects without established cardiovascular disease. JACC 2013; 62 (22): 2090-99
- (9) Clinical Guidelines for stroke management 2010. National Stroke Foundation (ed.). Melbourne, Australia
- (10) Diener HC & Weimar C. Die neue S3-Leitlinie „Schlaganfallprävention“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft. Psychopharmakotherapie 2013; 20 (2): 58-65
- (11) Endres M. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: Sekundärprophylaxe des ischämischen Insults. Stand September 2012
- (12) 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