

Schlaganfall-Akutbehandlung

Intrazerebrale Blutung (ICB)

Jahresbericht AJ 2024

QUALITÄTSINDIKATOREN

Klinik 0
Standort 0

LAGQH

©
Landesarbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung
Hessen GbR

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Hessen Gesamt

0

Übersichtstabelle:

Hessen

Gesamtfallzahl 2023 (ohne Minimaldatensätze): 1618

QI-ID		Referenzwerte	Q4/2023 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Q1/2023 - Q4/2023 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Jahr 2022 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
I13a-006 Seite 4	Erste Bildgebung (innerhalb 30min nach Aufnahme bei Zeit Ereignis-Aufnahme <=6h))	Ziel: >= 90,10 % Auffälligkeit: < 60,00 % Ø in Hessen: 81,40 %	81,40 % [75,66 ; 86,03] 175 / 215 Fällen	80,48 % [77,58 ; 83,08] 643 / 799 Fällen	74,85 % [71,80 ; 77,67] 625 / 835 Fällen
I12-004 Seite 5	Screening für Schluckstörungen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 96,39 %	96,39 % [92,74 ; 98,24] 187 / 194 Fällen	96,78 % [95,29 ; 97,81] 751 / 776 Fällen	96,09 % [94,44 ; 97,26] 712 / 741 Fällen
I15-003 Seite 6	Behandlung in Stroke Unit bzw. Intensivstation	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 95,96 %	95,96 % [93,07 ; 97,67] 285 / 297 Fällen	96,69 % [95,47 ; 97,59] 1081 / 1118 Fällen	94,72 % [93,18 ; 95,93] 969 / 1023 Fällen
I02-003 Seite 7	Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 94,12 %	94,12 % [89,20 ; 96,87] 144 / 153 Fällen	95,69 % [93,57 ; 97,14] 489 / 511 Fällen	97,56 % [87,40 ; 99,57] 40 / 41 Fällen
I03-004 Seite 8	Rehabilitation - Logopädie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 93,46 %	93,46 % [87,11 ; 96,80] 100 / 107 Fällen	93,61 % [90,92 ; 95,54] 410 / 438 Fällen	95,54 % [93,14 ; 97,13] 407 / 426 Fällen
I19-002 Seite 9	Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 70,00 % Ø in Hessen: 94,12 %	94,12 % [87,76 ; 97,28] 96 / 102 Fällen	93,85 % [91,15 ; 95,77] 397 / 423 Fällen	93,01 % [90,30 ; 95,01] 426 / 458 Fällen
I11-004 Seite 10	Pneumonie als Komplikation (O/E)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: > 2,60 Hessen:13,27% O/E=1,54	1,54 [1,19 ; 1,97] 52 / 392 Fällen (13,27 %)	1,50 [1,32 ; 1,70] 208 / 1527 Fällen (13,62 %)	1,00 [0,89 ; 1,12] 241 / 1475 Fällen (16,34 %)
I10a-004 Seite 11	Todesfälle (O/E)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen:25,56% O/E=1,53	1,53 [1,28 ; 1,82] 91 / 356 Fällen (25,56 %)	1,40 [1,27 ; 1,54] 318 / 1386 Fällen (22,94 %)	0,91 [0,81 ; 1,01] 238 / 1351 Fällen (17,62 %)
I10b-004 Seite 12	Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung) (O/E)	Ziel: <= 1,00 Auffälligkeit: n.d. Hessen:5,42% O/E=1,98	1,98 [1,17 ; 3,31] 13 / 240 Fällen (5,42 %)	1,59 [1,20 ; 2,09] 47 / 1004 Fällen (4,68 %)	0,32 [0,19 ; 0,52] 15 / 987 Fällen (1,52 %)
I30a-001 Seite 13	Normalisierung des INR bei Vorbehandlung mit Vit-K-Antagonisten	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 80,00 %	80,00 % [37,55 ; 96,38] 4 / 5 Fällen	66,67 % [46,71 ; 82,03] 16 / 24 Fällen	67,74 % [50,14 ; 81,43] 21 / 31 Fällen
I30b-001 Seite 14	Antagonisierung von DOAK bei Vorbehandlung mit DOAK	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 45,45 %	45,45 % [21,27 ; 71,99] 5 / 11 Fällen	59,18 % [45,25 ; 71,78] 29 / 49 Fällen	50,00 % [34,47 ; 65,53] 18 / 36 Fällen

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 bei der GQH anhand der Daten aller landesweit erfassten Patienten. Mit den vor-liegenden 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 denselben 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 sind auf der letzten Seite mit den entsprechenden Odds Ratios abgebildet.

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 in der Grafik nicht 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.

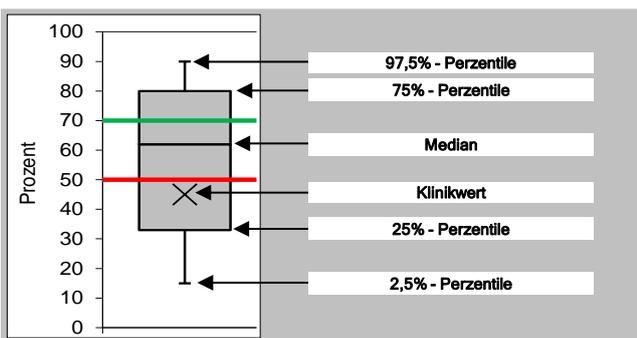


Abb. 2

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

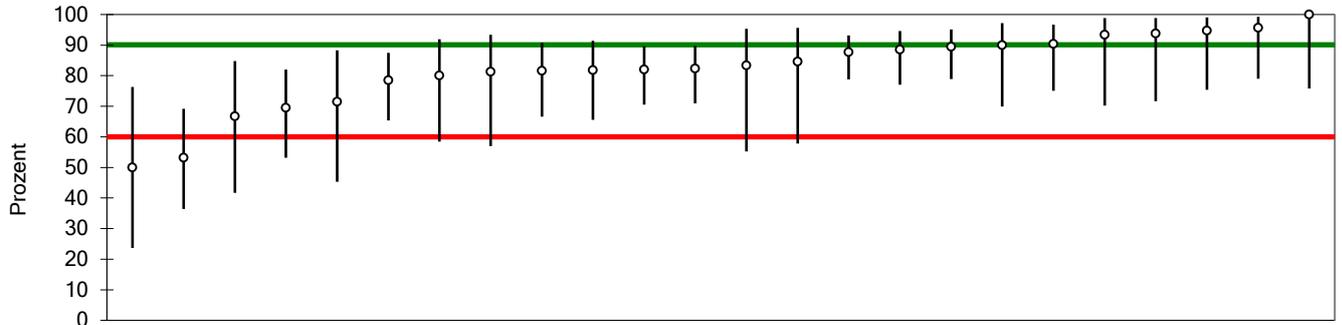
Kennzahl: - 113a-006

Fälle mit einem Zeitintervall Ereignis-Aufnahme ≤ 6 h (inkl. Inhouse-Stroke) 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	%
799		264		511	
643	80,5	211	79,9	426	83,4

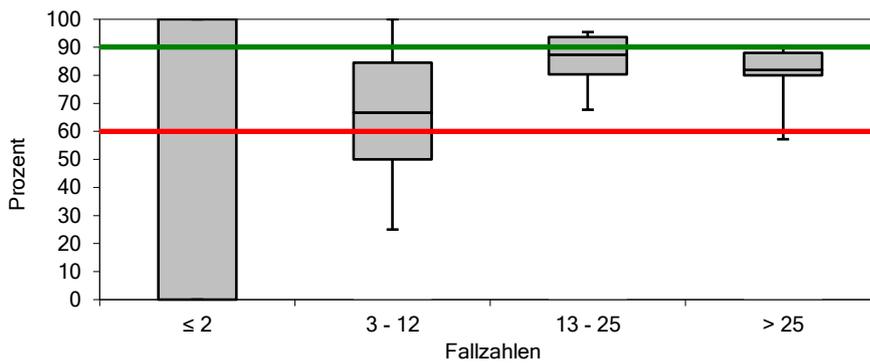
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
77,58 ; 83,08	74,68 ; 84,31	79,89 ; 86,34



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
50,00	67,50	79,60	82,80	82,10	90,10	94,40	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 2	12
3 - 12	11
13 - 25	10
> 25	11

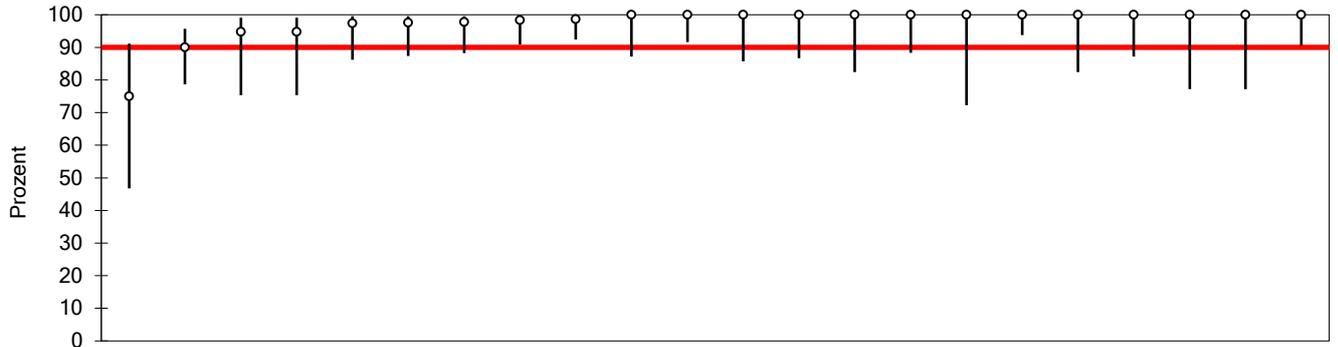
Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Screening für Schluckstörungen

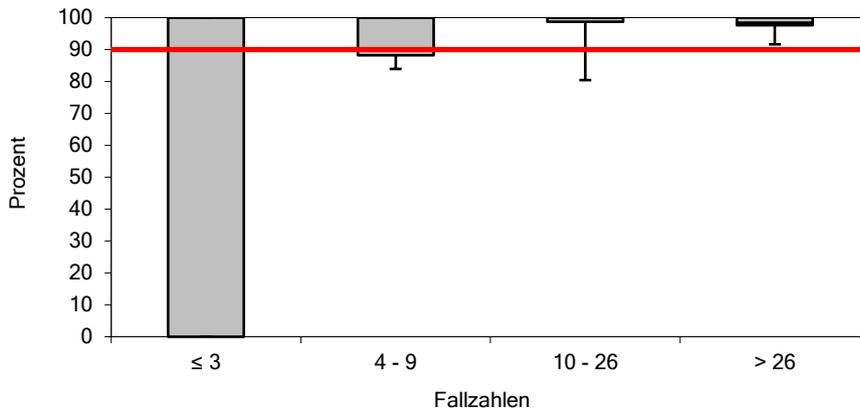
Kennzahl: - 112-004

Fälle mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag, ohne Bewusstseinsstörung bei Aufnahme, Schlucktest nicht durchführbar und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb 12h sowie beatmete Pat. - davon Fälle mit nach Protokoll durchgeführtem Schlucktest

Hessen gesamt		Stroke Unit ohne IAT		Stroke Unit mit IAT	
N	%	N	%	N	%
776		272		483	
751	96,8	264	97,1	472	97,7
95 % CI		95% CI		95% CI	
95,29 ; 97,81		94,30 ; 98,50		95,97 ; 98,72	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	75,00	94,70	97,60	100,00	97,50	100,00	100,00	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 3	12
4 - 9	11
10 - 26	12
> 26	10

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 in Stroke Unit bzw. Intensivstation

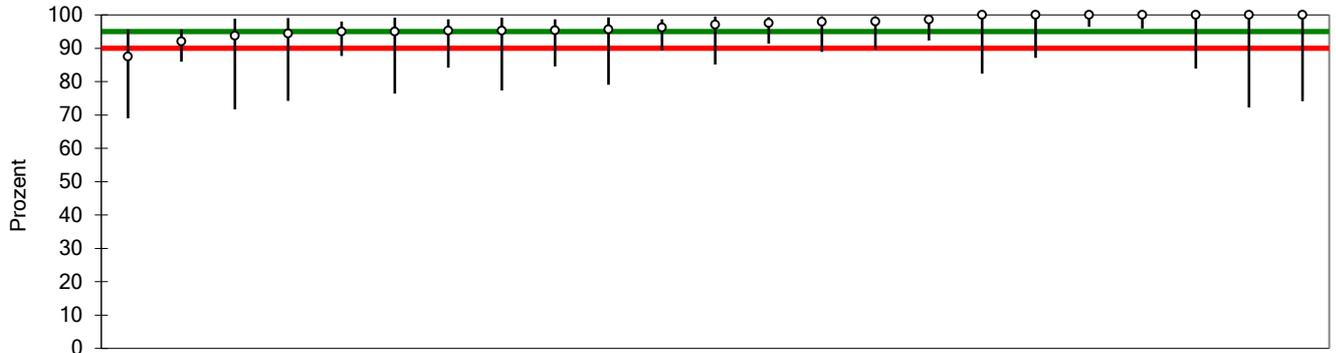
Kennzahl: - 115-003

Fälle mit ICB, 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	%
1 118		326		792	
1 081	96,7	316	96,9	765	96,6

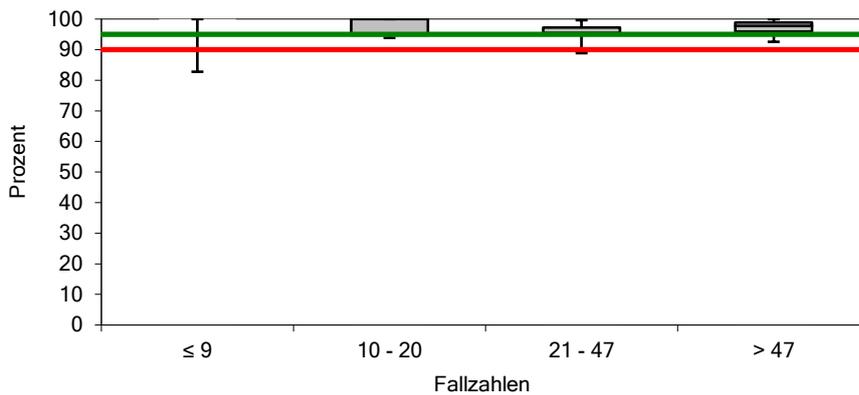
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI	95% CI
95,47 ; 97,59	94,45 ; 98,33	95,09 ; 97,65



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
87,50	93,90	95,10	97,10	96,70	100,00	100,00	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 9	10
10 - 20	7
21 - 47	8
> 47	8

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 orTIA - 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. ESOWriting Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Cerebrovasc Dis 2008;25:457-507.

sowie weitere ...

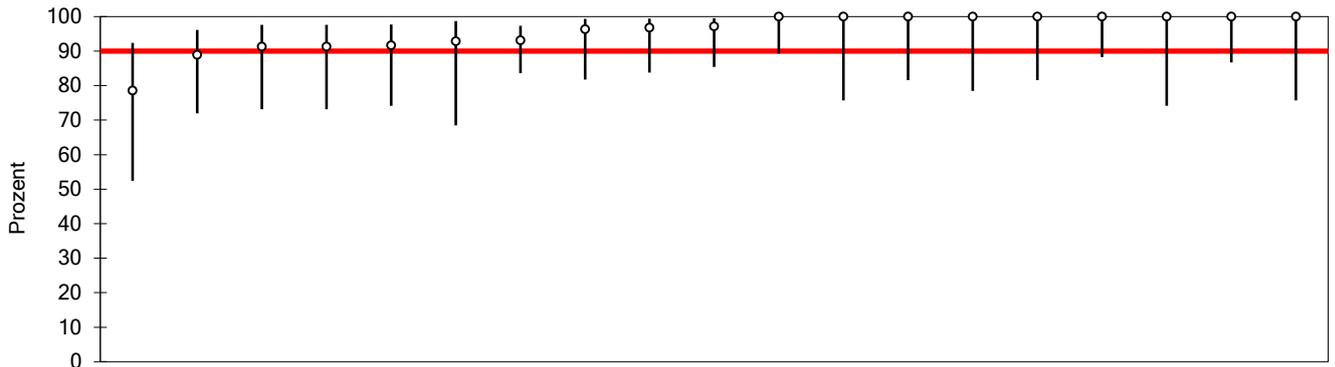
Rehabilitation - Physio-/Ergotherapie

Kennzahl: - 102-003

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 komatöse Bewusstseinslage bei Aufnahme und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h, exkl. Beatmungsfälle
 - davon Fälle mit Untersuchung oder Behandlung durch Physio-/Ergotherapeuten bis zum Tag 2 nach Aufnahme

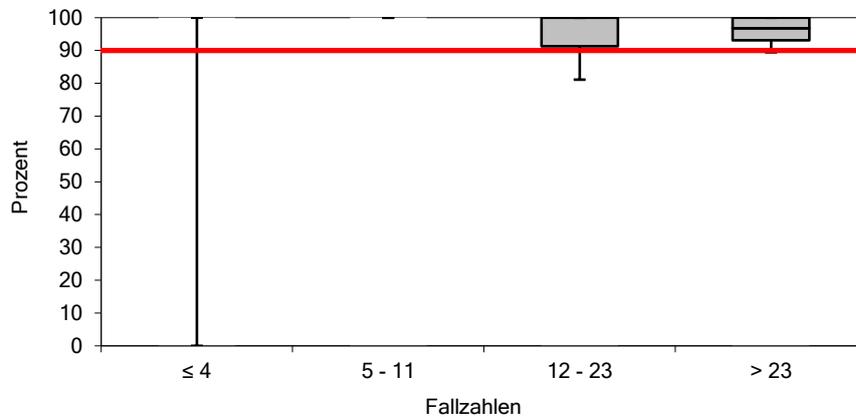
Hessen gesamt		Stroke Unit ohne IAT		Stroke Unit mit IAT	
N	%	N	%	N	%
511		188		312	
489	95,7	183	97,3	297	95,2
95 % CI		95% CI		95% CI	
93,57 ; 97,14		93,93 ; 98,86		92,22 ; 97,07	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
78,60	90,80	92,30	97,10	95,70	100,00	100,00	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 4	12
5 - 11	7
12 - 23	9
> 23	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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 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.

Originalarbeiten

- (1) Langhorne P, Pollock A. What are the components of effective stroke unit care? Age Ageing 2002; 31(5):365-371.
- (2) Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD002924.
- (3) Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev 2004;(1):CD000313.
- (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.
- (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.
- (6) Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(1):CD000197.

Rehabilitation - Logopädie

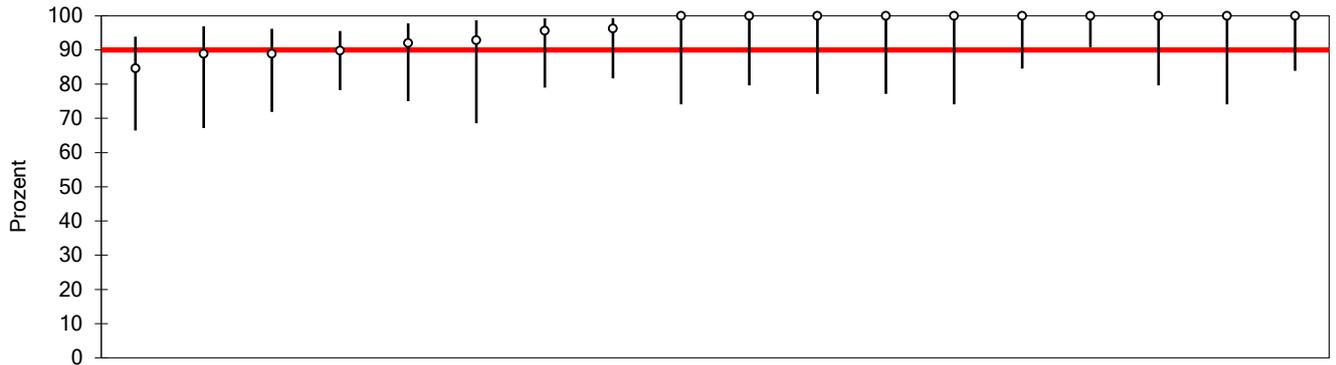
Kennzahl: - 103-004

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

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

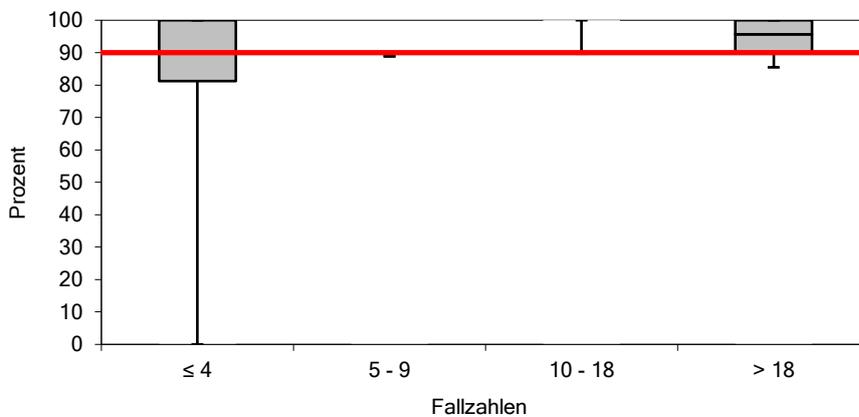
Hessen gesamt		Stroke Unit ohne IAT		Stroke Unit mit IAT	
N	%	N	%	N	%
438		147		279	
410	93,6	144	98,0	261	93,6

Vertrauensbereich (in %)	95 % CI	95% CI	95% CI
	90,92 ; 95,54	94,17 ; 99,30	90,03 ; 95,88



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
84,60	88,90	92,20	100,00	96,10	100,00	100,00	100,00



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 4	18
5 - 9	1
10 - 18	9
> 18	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Fortsetzung von Seite 7.

(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.

Leitlinien

(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.

(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.

(10) Heart and Stroke Foundation of Ontario. Best Practice Guidelines for Stroke Care, 2003.

(11) Stroke Foundation of New Zealand, New Zealand Guidelines Group. Life after Stroke. New Zealand guideline for management of stroke, 2003.

(12) National Stroke Foundation (Australia). National Clinical Guidelines for Acute Stroke Management, 2003.

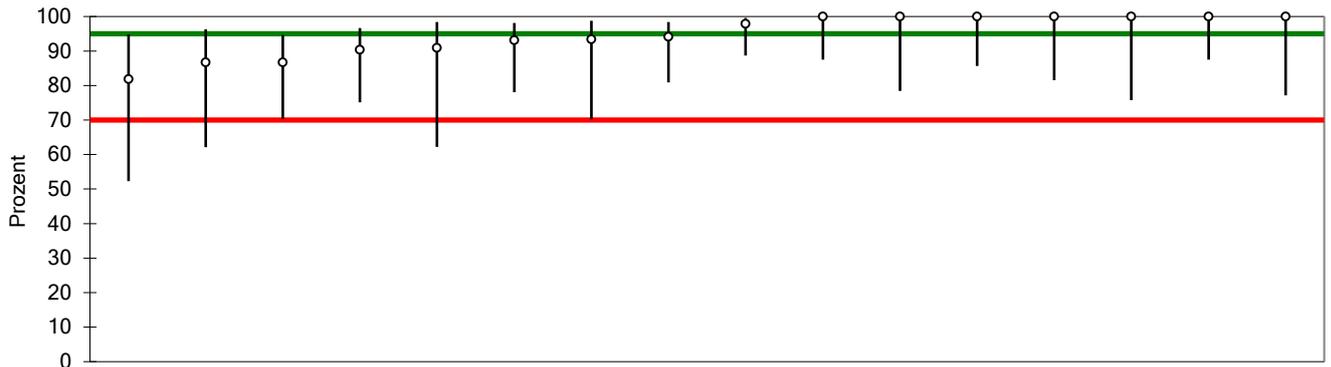
Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(inn)en mit alltagsrelevanten Behinderungen

Kennzahl: - 119-002

Fälle, die vor dem Akutereignis unabhängig zu Hause lebten, mit Rankin Skala 2-5 bei Entlassung und ohne Verlegung in eine andere Akutklinik und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerh. von 12h - davon Fälle, für die nach Entlassung eine ambulante oder stationäre med. Rehabilitation (nach § 40 SGB V) von der Klinik veranlasst wurde (Organisation oder Anmeldung; nicht notwendigerweise direkte Verlegung in die Reha.)

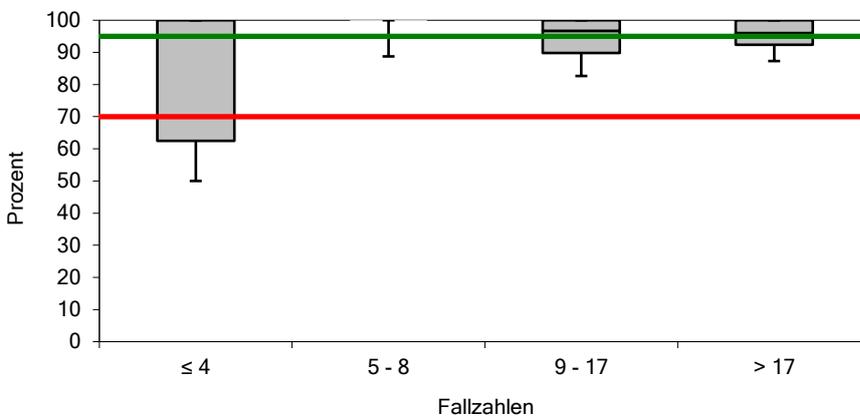
Hessen gesamt		Stroke Unit ohne IAT		Stroke Unit mit IAT	
N	%	N	%	N	%
423		138		282	
397	93,9	125	90,6	269	95,4
95 % CI		95% CI		95% CI	
91,15 ; 95,77		84,55 ; 94,41		92,27 ; 97,29	

Vertrauensbereich (in %)



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
81,80	86,70	90,80	96,00	94,70	100,00	100,00	100,00



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

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

Originalarbeiten bzw. Leitlinien

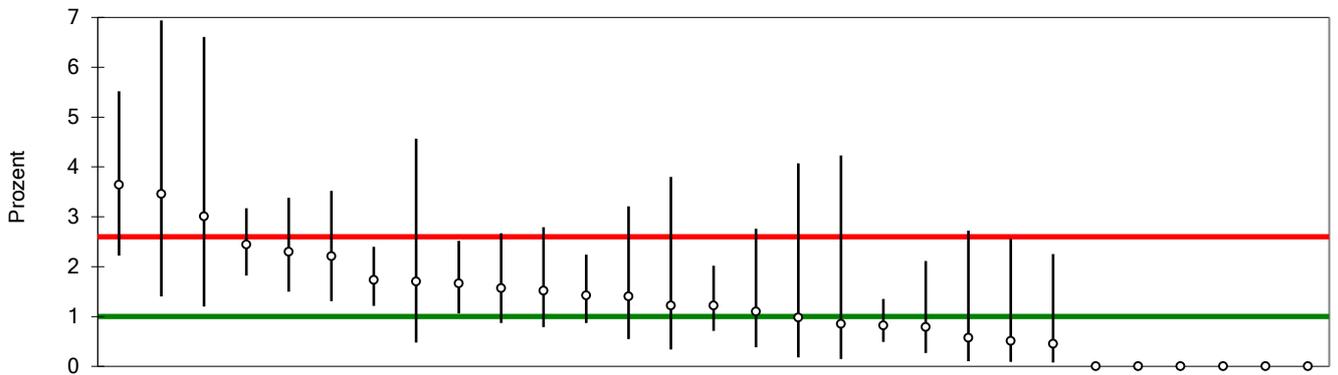
- (1) Ronning OM, Guldvog B: Outcome of subacute stroke rehabilitation: a randomized controlled trial. Stroke 1998;29:779-784.
- (2) Legg L, Langhorne P: Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. Lancet 2004;363:352-356.
- (3) Langhorne P, et al: Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 2005;365:501-506.
- (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. BMJ 2000;320:549.
- (5) Foley N, Salter K, Teasell R. Specialized stroke services: A meta-analysis comparing three models of care.Cerebrovascular Diseases. 2007;23(2-3):194-202.
- (6) SIGN 118 Scottish Intercollegiate Guidelines Network June 2010: Management of Patients with stroke
- (7) ESO-Guidelines for Management of Ischaemic Stroke 2008
- (8) Royal college of Physicians National clinical guideline for stroke, Third edition, July 2008

Pneumonie als Komplikation (O/E)

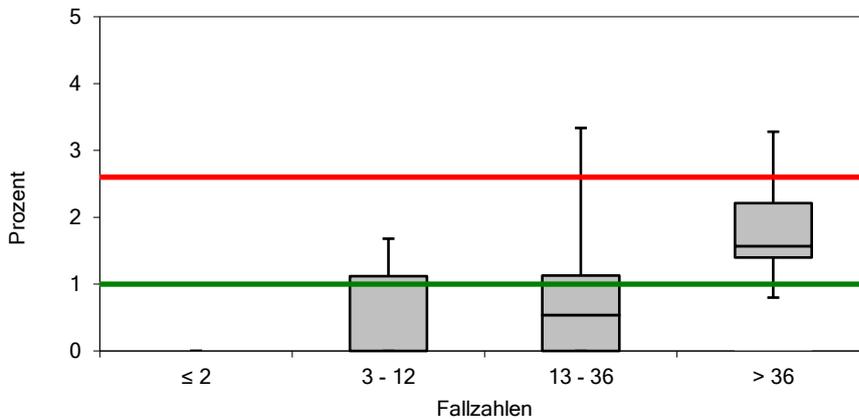
Kennzahl: - 111-004

Fälle mit ICB und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12h ohne Rückverlegung
- davon Fälle mit Pneumonie als Komplikation

	Hessen gesamt	Stroke Unit ohne IAT	Hessen
	N	N	N
Fälle mit ICB und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12h ohne Rückverlegung	1 527	443	1 527
- davon Fälle mit Pneumonie als Komplikation	208	35	170
Raten	%	%	%
beobachtete Rate (O)	13,62	7,9	16,25
erwartete Rate (E)	9,07	7,17	9,88
beobachtete Rate / erwartete Rate ¹	O / E	O / E	O / E
	1,5	1,1	1,64
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI	95% CI	95% CI
	1,32 ; 1,70	0,80 ; 1,51	1,43 ; 1,88
risikoadjustierte Rate [O/E * O(Hessen)], Werte in %	20,43	14,98	22,34



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,50	1,20	1,30	1,70	2,60	3,60



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 2	15
3 - 12	11
13 - 36	12
> 36	13

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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).

Originalarbeiten

- (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.
- (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.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) 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-
- (6) 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.
- (7) 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

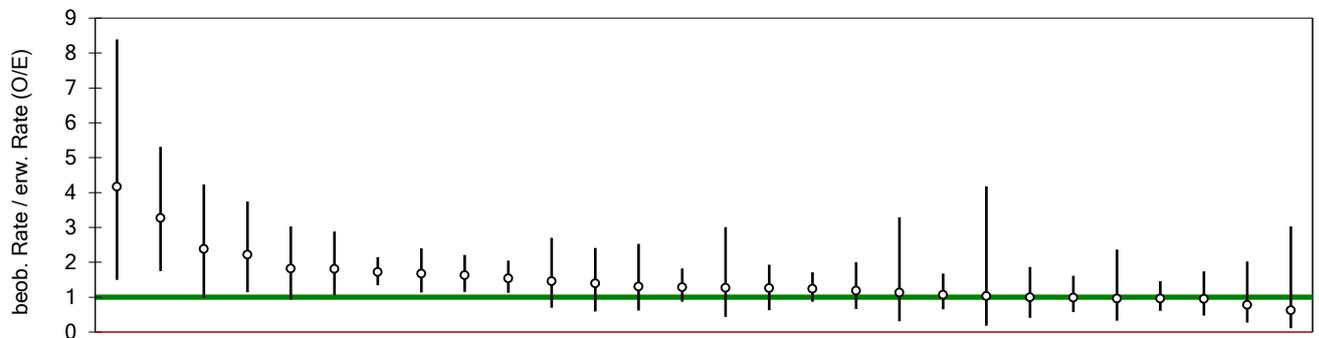
¹ O/E: Werte kleiner 1 bedeuten, dass die beobachtete Rate kleiner als erwartet und umgekehrt. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung auf Seite 13.

Todesfälle (O/E)

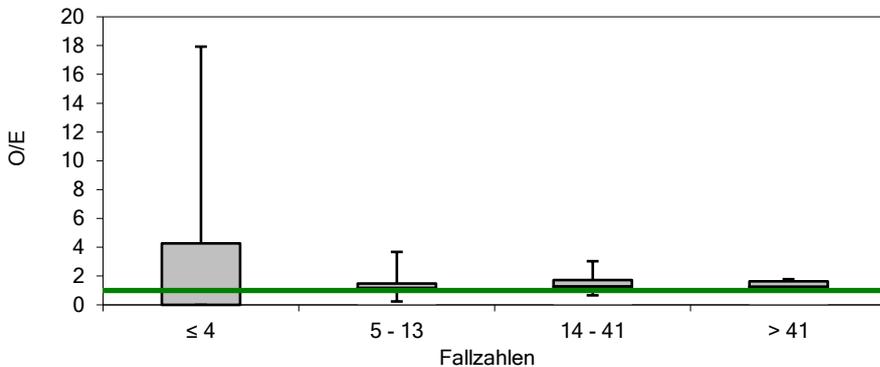
Kennzahl: - 110a-004

Fälle mit ICB und ohne Verlegung vor dem siebten Tag in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h
- davon innerh. der ersten 7 Tage des Krankenhausaufenthaltes Verstorbene

	Hessen gesamt	Stroke Unit ohne IAT	Stroke Unit mit IAT
	N	N	N
	1 386	397	1 386
	318	81	226
Raten	%	%	%
beobachtete Rate (O)	22,94	20,4	23,47
erwartete Rate (E)	16,34	14,46	17,1
	O / E	O / E	O / E
beobachtete Rate / erwartete Rate ¹	1,4	1,41	1,37
	95 % CI	95% CI	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	1,27 ; 1,54	1,16 ; 1,70	1,22 ; 1,54
risikoadjustierte Rate [O/E * O(Hessen)], Werte in %	32,12	32,35	31,43



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,60	1,00	1,00	1,30	1,50	1,70	2,30	4,20



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 4	12
5 - 13	12
14 - 41	10
> 41	12

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Sterblichkeit ist ein zentraler Punkt für Patienten und Behandler. Sterblichkeit ist gut messbar und 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). Da die Krankenhaussterblichkeit häufig nicht im kausalen Zusammenhang zur Behandlungsqualität steht, wird auf einen Referenzbereich verzichtet. Risikofaktoren (mit entspr. Odds Ratio) nach denen adjustiert wurde sind auf Seite 31 aufgeführt.

Originalarbeiten bzw. Leitlinien (Fortsetzung auf Seite 30)

- (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.
- (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.
- (3) Duffy BK, Phillips PA, Davis SM, Donnan GA, Vedadhghi ME. Evidence-based care and outcomes of acute stroke managed in hospital specialty units. Med J Aust 2003; 178(7):318-323.
- (4) Fang J, Alderman MH. Trend of stroke hospitalization, United States, 1988-1997. Stroke 2001; 32(10):2221-2226.
- (5) Gillum LA, Johnston SC. Characteristics of academic medical centers and ischemic stroke outcomes. Stroke 2001; 32(9):2137-2142.

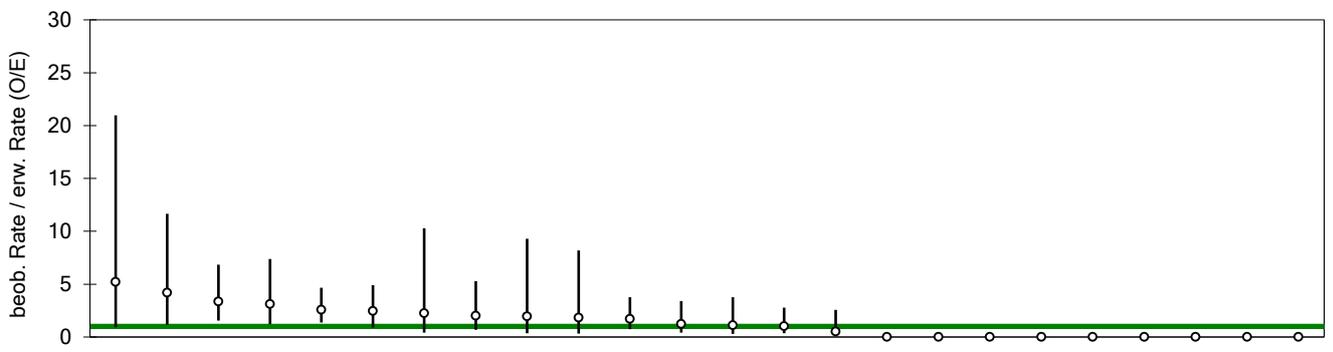
Todesfälle (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung) (O/E)

Kennzahl: - 110b-004

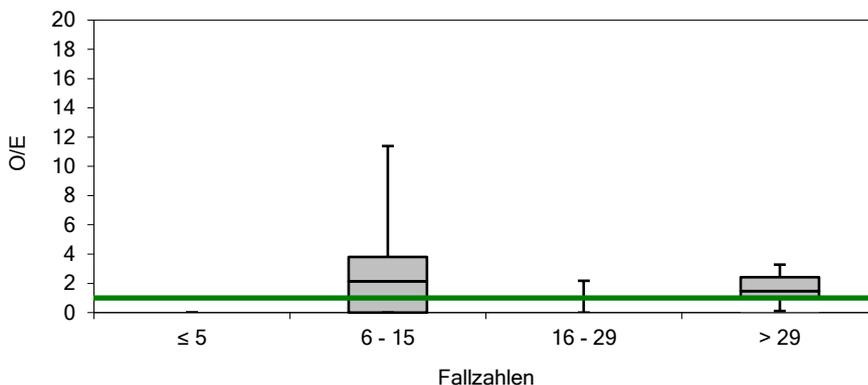
Fälle mit ICB ohne Patienten mit palliativer Therapiezielsetzung während des KH-Aufenthaltes und ohne Verlegung vor dem siebten Tag in andere Abteilungen, Kliniken, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen und ohne Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie innerhalb von 12 h
- davon innerh. der ersten 7 Tage des Krankenhausaufenthaltes Verstorbene

Hessen gesamt	Stroke Unit ohne IAT	Stroke Unit mit IAT
N	N	N
1 004	295	1 004
47	10	36

Raten	%	%	%
beobachtete Rate (O)	4,68	3,39	5,18
erwartete Rate (E)	2,95	2,63	3,12
beobachtete Rate / erwartete Rate ¹	O / E	O / E	O / E
	1,59	1,29	1,66
	95 % CI	95% CI	95% CI
Vertrauensbereich (in %)	1,20 ; 2,09	0,70 ; 2,33	1,21 ; 2,27
risikoadjustierte Rate [O/E * O(Hessen)], Werte in %	7,44	6,04	7,77



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,00	0,00	0,00	1,20	1,40	2,30	3,30	5,20



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
≤ 5	11
6 - 15	10
16 - 29	10
> 29	10

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Fortsetzung von Seite 11 (Details zur Risikoadjustierung auf Seite 3):

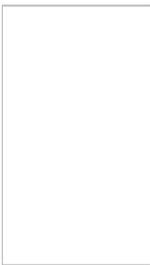
- (6) Kennedy BS, Kasl SV, Brass LM, Vaccarino V. Trends in hospitalized stroke for blacks and whites in the United States, 1980-1999. Neuroepidemiology 2002; 21(3):131-141.
- (7) Reed SD, Blough DK, Meyer K, Jarvik JG. Inpatient costs, length of stay, and mortality for cerebrovascular events in community hospitals. Neurology 2001; 57(2):305-314.
- (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.
- (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.
- (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.

¹ Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate: Werte kleiner 1 bedeuten, dass die beobachtete Rate kleiner als erwartet und umgekehrt. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung auf Seite 13.

Normalisierung des INR bei Vorbehandlung mit Vit-K-Antagonisten

Kennzahl: - I30a-001

	Hessen gesamt		<i>Stroke Unit ohne IAT</i>		Stroke Unit mit IAT	
	N	%	<i>N</i>	<i>%</i>	N	%
Fälle mit ICB, Vorbehandlung mit Vit-K-Antagonisten und INR >=1,4 bei Aufnahme, exkl. Pat. mit palliativer Therapiezielsetzung	24		<i>8</i>		16	
- davon Fälle mit Normalisierung des INR	16	66,7	<i>4</i>	<i>50,0</i>	12	75,0
	95 % CI		<i>95% CI</i>		95% CI	
Vertrauensbereich (in %)	46,71 ; 82,03		<i>21,52 ; 78,48</i>		50,50 ; 89,82	



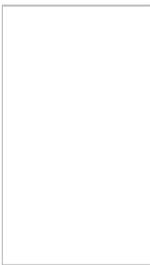
Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

keine Erläuterung

Antagonisierung von DOAK bei Vorbehandlung mit DOAK

Kennzahl: - I30b-001

	Hessen gesamt		<i>Stroke Unit ohne IAT</i>		Stroke Unit mit IAT	
	N	%	<i>N</i>	<i>%</i>	N	%
Fälle mit ICB und Vorbehandlung mit DOAK und pathologischem Befund bei spezifischem Gerinnungstest, exkl. Pat. mit palliativer Therapiezielsetzung	49		11		38	
- davon Fälle mit Antagonisierung des DOAK	29	59,2	<=3	x	26	68,4
	95 % CI		<i>95% CI</i>		95% CI	
Vertrauensbereich (in %)	45,25 ; 71,78		<i>9,75 ; 56,57</i>		52,54 ; 80,92	



Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

keine Erläuterung

ANHANG:

Hintergrund und Informationen zu der Berechnung der risikoadjustierten Rate mittels logistischer Regression

Risikoadjustierung auf Basis des hessischen Datenpools des Erfassungsjahres 2019

Pneumonie bei Patienten mit Intrazerebraler Blutung	
(Kennzahl 11-004) - Seite 11	
Berücksichtigte Faktoren	OR
Geschlecht: männlich	1,569
GCS: 9 - 12	1,037
3 - 8	0,805
Schluckstörung: ja	3,147
nicht bestimmbar	4,062
Alter: 65 - 74 Jahre	1,037
75 - 84 Jahre	0,805
≥ 85 Jahre	0,574
Motorische Ausfälle: nicht beurteilbar	0,860
Monoparese/-plegie	0,205
Hemiparese/-plegie	1,143
Teraparese/-plegie	0,802
Versorgung prestroke: Pflege zu Hause	1,167
Pflege in Institution	0,405
Vorhofflimmern: vorbekannt	1,487
neu diagnostiziert	0,439

Todesfälle bei Patienten mit Intrazerebraler Blutung	
(Kennzahl 10a-004) - Seite 11	
Berücksichtigte Faktoren	OR
Alter: 65 - 74 Jahre	1,282
75 - 84 Jahre	4,390
≥ 85 Jahre	10,466
Schluckstörung: ja	2,247
nicht bestimmbar	4,309
GCS: 9 - 12	2,247
3 - 8	15,934
Motorische Ausfälle: nicht beurteilbar	1,538
Monoparese/-plegie	0,782
Hemiparese/-plegie	1,276
Teraparese/-plegie	3,721
Früherer Schlaganfall	1,898
Diabetes mellitus	0,410

Todesfälle bei Patienten mit Intrazerebraler Blutung (excl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)	
(Kennzahl 10b-004) - Seite 12	
Berücksichtigte Faktoren	OR
Alter: 65 - 74 Jahre	0,952
75 - 84 Jahre	2,678
≥ 85 Jahre	4,932
GCS: 9 - 12	2,094
3 - 8	19,127
Motorische Ausfälle: nicht beurteilbar	5,928
Monoparese/-plegie	1,796
Hemiparese/-plegie	2,195
Teraparese/-plegie	9,646
Diabetes mellitus	0,284