

Fachgremium Externe Qualitätssicherung in der Schlaganfallversorgung (EQS) Hamburg

Qualitätsindikatoren für die stationäre Behandlung des akuten Schlaganfalls in Hamburg

Beschreibung der patientenbezogenen Qualitätsindikatoren

In Anlehnung an die *Beschreibung der patientenbezogenen Qualitätsindikatoren* der
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR)

Hamburg, 30. August 2021

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Überblick

Qualitätsindikator 1: Frühzeitige Rehabilitation - Physiotherapie/ Ergotherapie

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation - Logopädie

Qualitätsindikator 3: Antithrombotische Therapie - Antiaggregation als Sekundärprophylaxe

Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie - Antikoagulation bei Vorhofflimmern als
Sekundärprophylaxe

Qualitätsindikator 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirninfarkt und TIA

Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

Qualitätsindikator 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis - Aufnahme 0-6 Stunden

Qualitätsindikator 9: Thrombolyserate

Qualitätsindikator 10: Systemische Thrombolyse – door-to-needle- time

Qualitätsindikator 11: Verbesserung der Rekanalisation nach Thrombektomie

Qualitätsindikator 12: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit
Thrombektomie

Qualitätsindikator 13: Outcome - Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung

Kennzahl 1: Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden

Kennzahl 2: Leistenpunktion/Thrombektomie – door-to-groin- time

Kennzahl 3: Door-to-door-time

Kennzahl 4: Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik

Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
 Verbände der Krankenkassen in Hamburg
 und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 1: (83284)	Frühzeitige Rehabilitation – Physiotherapie/ Ergotherapie
Domäne des QI	Prozess postakut
Qualitätsziel	Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall (<= Tag 2 nach Aufnahme) durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Lähmungen durch einen Physiotherapeuten während des Krankenhausaufenthaltes
Berechnung des Qualitätsindikators	
Zähler	Anzahl der Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten (Item THPHYS:S) <= Tag 2 (Wert 1) nach Aufnahme.
Nenner	Alle Patienten mit dokumentierter Parese (Item SYPAR_A:S , Wert 1 = ja) und deutlicher Funktionseinschränkung (Rankin Scale bei Aufnahme (Item SCRANK_A:S , Wert >= 3). Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA (Item KLAS_ICD:B , Wert G45) und Entlassungsgrund ist Tod (Item ENTLAS:S , Wert = 6) und „Erstversorgung“ = 5 Inhouse-Schlaganfall (B 11: Wert = 5)
Referenzwert	>= 80%
Risikoadjustierung	Nein.
Ergebnisbericht QI	Prozentualer Anteil.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Mehrere Leitlinien empfehlen, so früh wie möglich mit der Rehabilitation zu beginnen (8-12). Es ist jedoch unklar, was genau unter den Begriff „Rehabilitation“ fällt und welchen Einfluss einzelne Komponenten haben. Deutlich ist nur der frühe Beginn und der interdisziplinäre Ansatz. Aufgrund fehlender Evidenz sowie methodischer Schwierigkeiten bei Definitionen und Operationalisierungsmöglichkeiten einzelner rehabilitativer Maßnahmen wird ein QI vorgeschlagen, der die mit guter Evidenz belegte frühzeitige Rehabilitation bei definierten Ausfällen widerspiegeln soll.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
 Verbände der Krankenkassen in Hamburg
 und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 2: Frühzeitige Rehabilitation – Logopädie
 (83285)

Domäne des QI Prozess postakut

Qualitätsziel Frühzeitiger Beginn der Rehabilitation nach Schlaganfall <= Tag 2 nach Aufnahme durch Untersuchung und/oder Behandlung von Patienten mit Aphasie und/oder Dysarthrie durch einen Logopäden während des Krankenhausaufenthaltes.

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler Anzahl der Patienten mit Untersuchung und/oder Behandlung durch Logopäde <= Tag 2 nach Aufnahme (Item **THLOGO:S**, Wert 1).

Nenner Alle Patienten mit dokumentierter Aphasie und/oder Dysarthrie bei Aufnahme (Item **SYSPRE_A:S** Wert = 1 oder **SYSPRA_A:S**, Wert = 1. Ausschluss: Patienten mit Diagnose TIA (Item **KLAS_ICD:B**, Wert G45). und Bewusstseinsstörung (Item **SYBEW_A:S**, Wert 1) und Entlassungsgrund ist Tod (Item **ENTLAS:S**, Wert = 6) und „Erstversorgung“ = 5 Inhouse-Schlaganfall (B 11: Wert = 5)

Referenzwert >=80%

Risikoadjustierung Nein.

Ergebnisbericht QI Prozentualer Anteil.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Mehrere Leitlinien empfehlen, so früh wie möglich mit der Rehabilitation zu beginnen (8-12). Es ist jedoch unklar, was genau unter den Begriff „Rehabilitation“ fällt und welchen Einfluss einzelne Komponenten haben. Deutlich ist nur der frühe Beginn und der interdisziplinäre Ansatz. Aufgrund fehlender Evidenz sowie methodischer Schwierigkeiten bei Definitionen und Operationalisierungsmöglichkeiten einzelner rehabilitativer Maßnahmen wird ein QI vorgeschlagen, der die mit guter Evidenz belegte frühzeitige Rehabilitation bei definierten Ausfällen widerspiegeln soll.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
 Verbände der Krankenkassen in Hamburg
 und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 3: Antithrombotische Therapie – Antiaggregation als Sekundärprophylaxe (83287)

Domäne des QI Prozess intrahospital/akut.

Qualitätsziel Gabe von Thrombozytenaggregationshemmer zum Zeitpunkt der Entlassung als Sekundärprophylaxe nach Hirninfarkt oder TIA.

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler **Zähler** Anzahl der Patienten mit THROMBO:S Thrombzytenaggregationshemmern bei Entlassung (Item s:THTFH_2D, Wert 1 = ja).

Nenner Alle Patienten mit TIA oder Hirninfarkt (Item KLAS_ICD:B I63, I64 oder G45) Ausschluss: Patienten mit Entlassungsgrund Tod (Item ENTLAS:S, Wert = 6), und Patienten mit Antikoagulation (THAKOAG = 1).

Referenzwert >=90%

Risikoadjustierung Nein.

Ergebnisbericht QI Prozentualer Anteil.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Thrombozytenaggregation ist eine sehr gut untersuchte Sekundärprophylaxe nach zerebraler Ischämie mit breiter Indikation (ausgenommen Patienten, die eine Indikation zur oralen Antikoagulation haben) und wenigen Kontraindikationen. Der prophylaktische Effekt ergibt sich nicht nur zerebral sondern auch kardial.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 4: Antithrombotische Therapie – Antikoagulation bei Vorhofflimmern als
(83288) Sekundärprophylaxe

Domäne des QI Prozess intrahospital/akut.

Qualitätsziel Therapeutische Antikoagulation von Patienten mit Vorhofflimmern nach
Hirnfarkt oder TIA als Sekundärprophylaxe bei Entlassung.

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler Anzahl der Patienten mit therapeutischer Antikoagulation bei Entlassung
(Item **THAKOAG**:S, Wert 1 = ja).

Nenner Alle Patienten mit TIA oder Hirnfarkt (Item KLAS_ICD:B 163, 164 oder G45)
mit Vorhofflimmern (Item **HXVHF**:S, Wert 1 = ja) die nach Hause oder in
eine Rehabilitationsklinik entlassen werden (Item **ENTLAS**:S, Wert 1 oder 2)
und die bei Entlassung wenig beeinträchtigt (Item **SCRANK E: S**
Rankin Scale Wert = 0, 1, 2 oder 3 bei Entlassung) sind.

Referenzwert $\geq 75\%$

Risikoadjustierung Nein.

Ergebnisbericht QI Prozentualer Anteil.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Bei Schlaganfall mit Vorhofflimmern stellt die Antikoagulation die wirksamste Reinfarktprophylaxe dar.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
 Verbände der Krankenkassen in Hamburg
 und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 5: Hirngefäßdiagnostik im eigenen Haus bei Hirninfarkt und TIA
 (83292)

Domäne des QI Prozess intrahospital/akut.

Qualitätsziel Durchführung einer farbkodierten extra- und intrakraniellen Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanz- oder Computertomographische Angiographie) bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA.

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler Alle Patienten mit farbkodierten extra- und intrakraniellen Hirngefäßdiagnostik (Dopplersonographie und/oder transcranielle Dopplersonographie und/oder Duplexsonographie und/oder Digitale Subtraktionsangiographie und/oder Magnetresonanz- oder Computertomographische Angiographie) (Item **DXANG_EK**:S und/oder Item **DXANG_IK**:S Wert = 1 und/oder Item **BILDGEBUNG_SCHN**:S Wert = 2 oder 4)

Nenner Alle Patienten mit Hirninfarkt oder TIA (Item **KLAS_ICD**:B: Wert = I63, I64 oder G45) und **ERSTVERSORGUNG**:B Wert = 1,2. oder 5

Referenzwert >=90%

Risikoadjustierung Nein.

Ergebnisbericht QI Prozentualer Anteil.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Eine Hirngefäßdiagnostik nach Schlaganfall ist notwendiger Bestandteil der Ursachenabklärung. Sensitivität und Spezifität der Entdeckung hochgradiger Stenosen (>= 70 %) von Dopplersonografie und extracranieller CT- oder MR-Angiographie (kontrastangehoben) sind vergleichbar.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
 Verbände der Krankenkassen in Hamburg
 und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 6: Krankenhaussterblichkeit

Domäne des QI Outcome intrahospital/akut.

Qualitätsziel Niedriger Anteil von Patienten nach Hirninfarkt mit Entlassungsstatus „verstorben“ am Tag 7.

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler 1 Anzahl der Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7
 (83293) (Item ENTLAS:S, Wert = 6)

Nenner 1 Alle Patienten mit TIA (Item KLAS_ICD:B: Wert = G45)
 Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung (Item PALLIATIV:S Wert = 1).

Zähler 2 Anzahl der Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7
 (83385) (Item ENTLAS:S, Wert = 6)

Nenner 2 Alle Patienten mit ischämischen Hirninfarkt (Item KLAS_ICD:B: Wert = I63 oder I64).
 Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung (Item PALLIATIV:S Wert = 1).

Zähler 3 Anzahl der Patienten mit Entlassungsart verstorben <= Tag 7
 (83386) (Item, ENTLAS:S Wert = 6).

Nenner 3 Alle Patienten mit Blutung (Item KLAS_ICD:B: Wert = I61).
 Ausschluss: Patienten mit primär palliativmedizinischer Versorgung (Item PALLIATIV:S Wert = 1).

Referenzwert 1 <= 0,5%

Referenzwert 2 <= 3,5 %

Referenzwert 3 <= 20%

Risikoadjustierung Nein.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Ergebnisbericht QI Prozentualer Anteil.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Sterblichkeit ist ein zentraler Punkt für Patienten und Behandler. Sterblichkeit ist gut messbar und ist der härteste Outcome Parameter. Eine Adjustierung für potenzielle Einflussfaktoren der Sterblichkeit ist gut möglich (1-11), aber bislang bundesweit nicht umgesetzt. Trenddarstellung der Entwicklung der Sterblichkeit über die Zeit sind möglich und sinnvoll (4,6).

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 7: Screening für Schluckstörungen

(83294)

Domäne des QI Prozess intrahospital/akut.**Qualitätsziel** Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen nach Protokoll bei Patienten mit Schlaganfall.

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler Alle Patienten mit Schlucktest nach Protokoll (Item DXSCHLU:S, Wert = 1).**Nenner** Alle Patienten mit Schlaganfall.
Ausschluss: Patienten mit TIA (Item KLAS_ICD:B, Wert = G45) sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen (Item **SYBEW_A**:S, Wert = 1) und Entlassungsgrund ist Tod (Item **ENTLAS**:S, Wert = 6)**Referenzwert** **>= 85%****Risikoadjustierung** Nein.**Ergebnisbericht QI** Prozentualer Anteil.**Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators** 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.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
 Verbände der Krankenkassen in Hamburg
 und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 8: Schnelle zerebrale Bildgebung bei Intervall Ereignis – Aufnahme
103490 0-6 Stunden

Domäne des QI Prozess intrahospital/akut

Qualitätsziel Sicherstellung einer raschen Diagnostik im behandelnden Krankenhaus bei potentiellen Kandidaten für die intravenöse Lysebehandlung

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler 1 Alle Patienten mit Intervall Aufnahme – 1. Bildgebung (CCT und/oder
 (103490) MRT) (Differenz Item BILDGEBUNG ZEIT:S (T3) minus Item AUFNZEIT:S (T2) – Aufnahmezeit ≤ 30 Min)
(ACHTUNG: Datumssprung möglich, wenn $T3$ minus $T2 < 0$, dann plus 24 Stunden) und nicht „Erstversorgung“ = 5 Inhouse-Schlaganfall, 2 = Aufnahme zur erweiterten Akuttherapie und 4 = nein, keine stationäre Erstversorgung)

Nenner 1 Alle Patienten mit Intervall Ereignis – Aufnahme 0 bis ≤ 6 Stunden
 (Differenz Aufnahmezeit – Item AUFNZEIT:S (T2) minus Item ERGA ZEIT:S (T1))
 Ausschlusskriterium TIA
(ACHTUNG: Datumssprung möglich, wenn $T2$ minus $T1 < 0$, dann plus 24 Stunden)

Referenzwert $\geq 65\%$

Zähler und Nenner 2 gelöscht
Referenzwert 2 gelöscht

Risikoadjustierung Nein.

Ergebnisbericht QI Prozentualer Anteil.

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Bei potentiellen Kandidaten für eine Thrombolyse oder Thrombektomie muss eine rasche Bildgebung im behandelnden Krankenhaus sichergestellt sein, da der Erfolg der Thrombolyse wie auch der Thrombektomie zeitabhängig ist, d.h. besser, je früher die Behandlung erfolgt. Um entsprechend kurze door-to-needle- und door-to-groin-Zeiten erreichen zu können, sollte die primäre Bildgebung in der Regel <30 Minuten nach Aufnahme erfolgen. Nach aktueller Studienlage

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

besteht eine klare Evidenz für den Nutzen der Thrombolyse bei Patienten <4.5 Stunden nach Symptombeginn und für Thrombektomie <6 Stunden nach Symptombeginn, so dass hier alle Patienten <6 Stunden als Grundgesamtheit berücksichtigt werden. Die Empfehlung zur möglichst frühen Durchführung einer Bildgebung bei Patienten, die potentiell lysiert oder endovaskulär rekanalisiert werden können, finden sich auch in den aktuellen Leitlinien der AHA/ASA.

Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL; American Heart Association Stroke Council. 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 Mar;49(3):e46-e110. doi: 10.1161/STR.000000000000158. Epub 2018 Jan 24. Review. Erratum in: *Stroke*. 2018 Mar;49(3):e138.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
 Verbände der Krankenkassen in Hamburg
 und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 9: Thrombolyserate

Domäne des QI Prozess intrahospital/akut

Qualitätsziel Hoher Anteil an potentiell geeigneten Patienten, die eine Thrombolyse erhalten.

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler
 (83311) Alle Patienten mit Thrombolyse
 (Item **THROMBO:S**: Wert = 1, 2, 3,4) oder (**ERSTVERSORGUNG:B** Wert = 32)UND mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt (Item **KLAS_ICD:B**, Wert = I63 oder I64) und Item **AUFNZEIT:B** (T2) minus Item **ERGA_ZEIT: S** (T1) **<=4,5 Stunden** und **NIHSS >=4 und <=25** (Item **SCNIHSSA:S**)

Nenner Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt (Item **KLAS_ICD:B**, Wert = I63 oder I64) und Item **AUFNZEIT:B** (T2) minus Item **ERGA_ZEIT: S** (T1) **<=4,5 Stunden** und **NIHSS >=4 und <=25** (Item **SCNIHSSA:S**)

(ACHTUNG: Datumssprung möglich)

Zähler und Nenner 2 bis 4 gelöscht.

Referenzwert 1 nicht definiert

Risikoadjustierung Nein.

Ergebnisbericht QI **Dieser Indikator wird nur für die datenliefernden Kliniken berechnet.**
 Das Ergebnis für HH gesamt wird hier als gewichteter Mittelwert dargestellt.

Referenzwerte

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Durch mehrere randomisierte, kontrollierte Multicenter-Studien (z.B. NINDS-Studie, ECASS-3-Studie) wurde belegt, dass die i.v. Thrombolyse bis 4,5 Stunden nach Symptombeginn beim ischämischen Schlaganfall wirksam und sicher ist. Der Prozessindikator „Thrombolyserate“ führt zur Abbildung der spezifischen Prozessqualität insbesondere in der sehr frühen Intrahospitalphase, aber auch in der Prähospitalphase, da er widerspiegelt, wie viele der Patienten, die theoretisch für eine Thrombolyse in Frage kommen (<4,5 Stunden, relevantes Defizit), auch eine Thrombolyse erhalten.

Qualitätsindikator 10: Systemische Thrombolyse – door-to-needle- time

Domäne des QI Prozess intrahospital/akut

Qualitätsziel Sicherstellung einer raschen Durchführung der systemischen Thrombolyse

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler 1 (103508) Alle Patienten mit Intervall Aufnahme – Beginn systemische Thrombolyse (Item THROMBO:S Wert = 2 oder 4 oder Erstversorgung = 32 und Item LYSE_BEGINN:S (T4) minus Item AUFNZEIT:S (T2)) ≤ 30 Min **und nicht „Erstversorgung“ = 5 Inhouse-Schlaganfall**

Nenner 1 Alle Patienten bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde (Item THROMBO:S: Wert = 2 oder 4) oder Erstversorgung = 32
(ACHTUNG: Datumssprung möglich, wenn T4 minus T2 < 0, dann plus 24 Stunden)

Zähler 2 (103509) Alle Patienten mit Intervall Aufnahme – Beginn systemische Thrombolyse (Item THROMBO:S:S, Wert = 2 oder 4 oder Erstversorgung = 32 und Item LYSE_BEGINN:S (T4) minus Item AUFNZEIT:S (T2)) ≤ 60 Min **und nicht „Erstversorgung“ = 5 Inhouse-Schlaganfall**

Nenner 2 Alle Patienten bei denen eine systemische Thrombolyse intern durchgeführt wurde (Item THROMBO:S:S, Wert = 2 oder 4) oder Erstversorgung = 32
(ACHTUNG: Datumssprung möglich)

Referenzwert 1 $\geq 47\%$

Referenzwert 2 $\geq 80\%$

Risikoadjustierung Nein

Ergebnisbericht QI Prozentualer Anteil

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Der Erfolg der Thrombolyse ist zeitabhängig ist, d.h. besser, je früher die Behandlung erfolgt. Daher sollte der Beginn der Thrombolyse so schnell wie möglich erfolgen. Ziel ist dabei, dass die Thrombolyse mit einer door-to-needle-Zeit von <60 Minuten, besser noch <30 Minuten gestartet werden kann.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 11: Erfolgreiche Rekanalisation der intrakraniellen Gefäße nach Thrombektomie
151296

Domäne des QI Outcome intrahospital/akut

Qualitätsziel Hoher Anteil von Patienten mit Rekanalisation nach Thrombektomie

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler Alle Patienten mit erfolgreicher Rekanalisation nach Thrombektomie (Item
THREKANALI_ERFOLG, Wert = 1)

Nenner Anzahl der Patienten mit Thrombektomie (Item THROMBO:S Wert = 3, 4, 5)

Referenzwert **>= 68%**

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Das klinische Ergebnis nach Thrombektomie wird maßgeblich bestimmt von der erfolgreichen Rekanalisation des verschlossenen Gefäßes, welche durch einen Wert von 2b oder 3 auf der TICl Skala widerspiegelt wird. Die erfolgreiche Rekanalisation ist der entscheidene Parameter für den technischen Erfolg der Prozedur. In den randomisierten klinischen Studien wurden Werte für TICl 2b/3 von 59% (MR CLEAN) bis 88% (SWIFT PRIME) erreicht.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Qualitätsindikator 12: Outcome – Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung mit
(151297) Thrombektomie

Domäne des QI Outcome intrahospital/akut

Qualitätsziel Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut
Rankin-Score nach Thrombektomie

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler Alle Patienten mit Thrombektomie (Item THROMBO:S, Wert = 3, 4 oder 5) und
Rankin-Score bei Entlassung von 0, 1 oder 2 (Item SCRANK_E: S, Wert = 0, 1
oder 2)

Nenner Alle Patienten mit Thrombektomie (Item THROMBO:S, Wert = 3, 4, 5)

Referenzwert nicht definiert

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
 Verbände der Krankenkassen in Hamburg
 und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

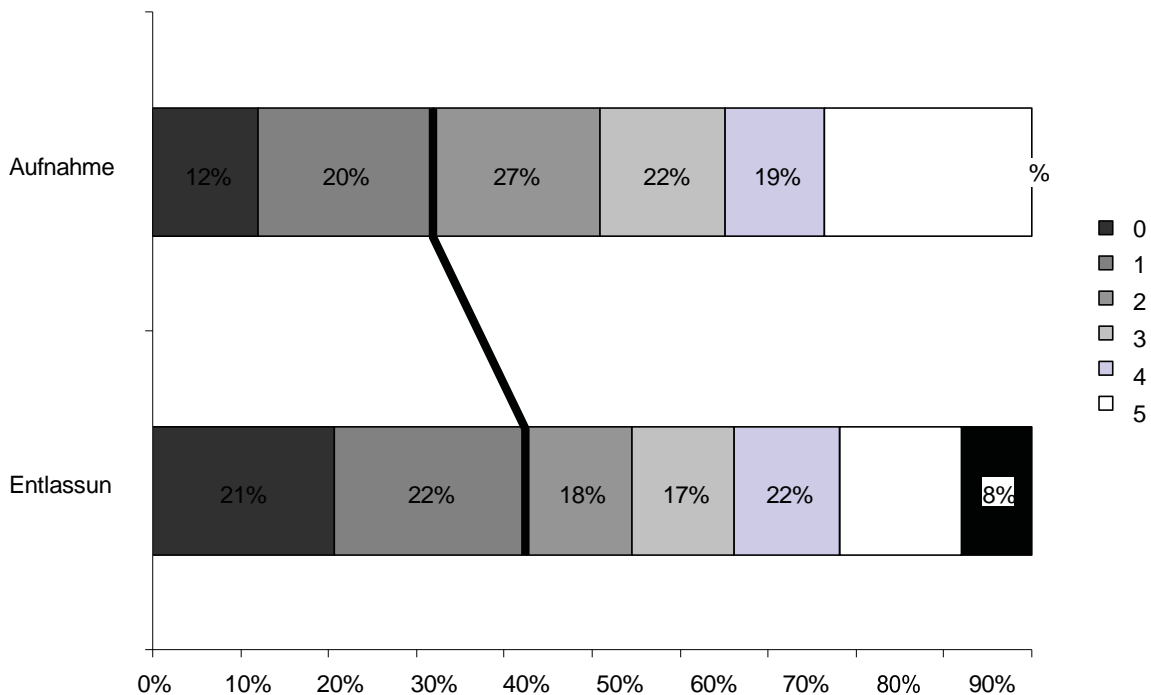
Qualitätsindikator 13: Outcome – Verbesserung Rankin-Score Aufnahme versus Entlassung (83372)

Domäne des QI Outcome intrahospital/akut

Qualitätsziel Hoher Anteil von Patienten mit klinischer Besserung bei Entlassung laut Rankin-Score

Berechnung des Qualitätsindikators

Darstellung Balkendiagramme des mRS bei Aufnahme und Entlassung bei allen Patienten mit Item KLAS_ICD:B Wert = G45, I61, I63 und I64. Gruppierung in mRS 0-2 und mRS 3-6 [%].



Ergebnisbericht o.g. Graphik für alle Kliniken in der Übersicht; Änderung mRS 0-1 [%] bei Aufnahme versus Entlassung

Referenzwert >= 45%

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Der mRS ist ein geeignetes Instrument, um das Ausmaß der Behinderung im Alltag zu beschreiben. Die Verbesserung der bei Aufnahme bestehenden, durch den Schlaganfall verursachten Behinderung steht im Mittelpunkt der Behandlung von Patienten mit akutem Schlaganfall und beschreibt den Erfolg der klinischen Behandlung.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
 Verbände der Krankenkassen in Hamburg
 und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Kennzahl 1: (83295)	Zeitintervall Symptombeginn bis Aufnahme im behandelnden Krankenhaus <= 3 Stunden
Domäne des QI	Prozess prähospital/akut
Qualitätsziel	Minimierung des Zeitintervalls zwischen Symptombeginn und Aufnahme (event- to-door-time; ETDT) im Krankenhaus bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall oder TIA. Zähler wurde in Stichprobe

Berechnung der Kennzahl

Zähler	Anzahl der Patienten mit ETDT (<u>Item AUFNZEIT:S (T2) minus ERGA_ZEIT:S (T1)</u>) <= 3 Stunden (ACHTUNG: Datumssprung möglich, wenn T1 minus T2 < 0, dann plus 24 Stunden)
---------------	--

Nenner	Alle Patienten
---------------	----------------

Berechnung: Alle Patienten mit einer Zeit zwischen Symptombeginn und Aufnahme ins Krankenhaus von <= 3 Stunden

Referenzwert	nicht definiert
---------------------	-----------------

Risikoadjustierung	Nein.
---------------------------	-------

Ergebnisbericht QI	Prozentualer Anteil.
---------------------------	----------------------

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

In der Prähospitalphase geht beim akuten Schlaganfall häufig viel Zeit verloren. Die zu späte Zuweisung von Patienten mit akutem Schlaganfall in ein geeignetes Krankenhaus ist in Deutschland der wichtigste Grund gegen eine Thrombolysebehandlung. Durch Aufklärung der Bevölkerung und Optimierung der Rettungskette sollte die „event-to-door-time“ minimiert werden. Für jene Patienten, die früh ein geeignetes Krankenhaus erreicht, bestehen die meisten therapeutischen Optionen.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Kennzahl 2: **Leistenpunktion/Thrombektomie – door-to-groin- time**
(151304)

Domäne des QI Prozess intrahospital/akut

Qualitätsziel Sicherstellung einer raschen Durchführung der Leistenpunktion zur
Thrombektomie

Berechnung der Kennzahl

Zähler Zeit bis Leistenpunktion (**Item LSTPKT_ZEIT:S (T5) minus Item: AUFNZEIT:B (T2) <= 60 Minuten und nicht „Erstversorgung“ = 5 Inhouse-Schlaganfall (ACHTUNG: Datumssprung möglich)**)

Nenner Alle Patienten mit Thrombektomie (THROMBO:S 3, 4, 5)

Berechnung Intervall Aufnahme ins Krankenhaus **Item AUFNZEIT:B (T2)** zu Leistenpunktion (**Item THROMBO:S:S, Wert = 3, 4, 5**) bei allen Patienten, die eine Thrombektomie erhalten haben

Referenzwert nicht definiert – Darstellung in Stundenintervallen

Risikoadjustierung Nein

Ergebnisbericht QI

Hintergrund für die Auswahl der Kennzahl

Der Erfolg der Thrombektomie ist zeitabhängig ist, d.h. besser, je früher die Behandlung erfolgt. Daher sollte der Beginn der Thrombektomie so schnell wie möglich erfolgen.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Kennzahl 3: (151311)	Door-to-door-time
Domäne des QI	Prozess intrahospital/akut.
Qualitätsziel	Möglichst kurze Verweildauer im Krankenhaus bis zur Verlegung zur Thrombektomie in ein anderes Krankenhaus
Berechnung der Kennzahl	
Stichprobe	Alle Patienten die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Item Erstversorgung:B Wert = 31 und 32).
Berechnung	Uhrzeit Entlassung (Item ENTLZEIT:B) minus Uhrzeit Aufnahme (Item 9: AUFNZEIT: B) (ACHTUNG: Datumssprung möglich)
Referenzwert	nicht definiert – Darstellung in Minuten (Median, Minimum – Maximum)
Risikoadjustierung	Nein.

Ergebnisbericht QI

Hintergrund für die Auswahl der Kennzahl

Der Erfolg der erweiterten Akutbehandlung mit Thrombolyse oder Thrombektomie ist zeitabhängig ist, d.h. besser, je früher die Behandlung erfolgt. Daher sollte die Verlegung zur erweiterten Akutbehandlung in einem anderen Krankenhaus Zeit zwischen s Aufnahme und Weiterverlegung in der erstversorgenden Klinik so kurz wie möglich sein.

Kennzahl 4: **Verlegungsrate zur erweiterten Akuttherapie in eine andere Klinik**
(XXXXX)

Domäne des QI

Qualitätsziel

Berechnung der Kennzahl

Zähler Alle Patienten die zur erweiterten Akuttherapie verlegt werden (Item ERSTVERSORGUNG:B Wert = 31 und 32).

Nenner: Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt (Item KLAS_ICD:B Wert = I63 und I64) und AUFNZEIT:B minus ERGAZEIT <= 6 Stunden und NIHSS >= 4 und <= 25
Achtung: Datumssprung möglich.

Referenzwert

Risikoadjustierung Nein.

Ergebnisbericht QI

Hintergrund für die Auswahl des Qualitätsindikators

Der Anteil der Patienten, welche zu einer erweiterten Akutbehandlung mittels Thrombolyse oder Thrombektomie verlegt werden, gibt wichtige Informationen über die Organisation der Schlaganfallversorgung in der Region.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Verbände der Krankenkassen in Hamburg
und Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Kennzahl 5: Thrombektomie durchgeführt oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt

Domäne des QI Prozess intrahospital/akut

Qualitätsziel Hoher Anteil an potentiell geeigneten Patienten die eine Thrombektomie erhalten.

Berechnung des Qualitätsindikators

Zähler
(xxxx) Alle Patienten mit Thrombektomie oder zur erweiterten Akuttherapie verlegt Item **THROMBO:S**: Wert = 1, 3, 4,5) oder ERSTVERS:B Wert = 31, 32UND mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt (Item KLAS_ICD:B, Wert = I63 oder I64) und Item **AUFNZEIT:B** (T2) minus Item **ERGA_ZEIT: S** (T1) ≤ 6 **Stunden** und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Item **SCNIHSSA:S**)

Nenner Alle Patienten mit Diagnose ischämischer Hirninfarkt (Item KLAS_ICD:B, Wert = I63 oder I64) und Item **AUFNZEIT:B** (T2) minus Item **ERGA_ZEIT: S** (T1) ≤ 6 **Stunden** und NIHSS ≥ 4 und ≤ 25 (Item **SCNIHSSA:S**)
(ACHTUNG: Datumssprung möglich)

Referenzwert nicht definiert

Risikoadjustierung Nein.

Ergebnisbericht QI

Referenzwerte

Hintergrund für die Auswahl der Kennzahl

Durch mehrere randomisierte, kontrollierte Multicenter-Studien wurde belegt, dass die Thrombektomie < 5 Stunden nach Symptombeginn eine effektive Therapie für Patienten mit großem Gefäßverschluss ist. Der Anteil der Schlaganfallpatienten, welche diese Therapie erhalten bzw. zur Evaluation dieser Therapie verlegt werden, stellt somit ein wichtiges Merkmal zur Beurteilung der Qualität der Schlaganfallversorgung in einer Klinik dar.