

# Indikatoren datenblatt

<b>Indikator</b>	Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfallereinheit
<b>Nummer</b>	6-1-4
<b>Kennzahlen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtergebnis</li> <li>• Ergänzende Berechnung/Information:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prähospitalzeit</li> <li>○ Geeignete Zielkliniken</li> <li>○ Nicht geeignete Zielkliniken</li> <li>○ Ort der Patientenübergabe</li> </ul> </li> </ul>
<b>Qualitätsziel</b>	Patienten mit akutem zentral-neurologischen Defizit sollen primär in ein Krankenhaus mit einer Schlaganfallereinheit transportiert werden.
<b>Rationale</b>	<p>Die Prognose von Schlaganfällen kann durch schnelle Diagnostik, adäquate Therapie und rechtzeitig einsetzende Frührehabilitation deutlich verbessert werden. Die Behandlung in Schlaganfallereinheiten erhöht signifikant die Wahrscheinlichkeit des Überlebens, die Chance wieder in den häuslichen Rahmen zurückzukehren und den Grad der Unabhängigkeit nach akutem Schlaganfall bei gleichzeitig statistisch verkürztem, stationären Aufenthalt.</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf einen akuten Schlaganfall inklusive einer transitorisch ischämischen Attacke (TIA) müssen ausnahmslos notfallmäßig in die nächstgelegene zertifizierte Schlaganfallereinheit eingewiesen und dort umgehend diagnostiziert werden. Nur in begründeten Einzelfällen kann hiervon abgewichen werden. Soweit bereits präklinisch zu erkennen ist, dass die therapeutischen Möglichkeiten einer Lokalen Schlaganfallstation nicht ausreichen, ist der Patient direkt in einen Regionalen Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) bzw. in ein Schlaganfallzentrum (Überregionale Stroke Unit) einzuweisen.</p>
<b>Literatur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deutsche Gesellschaft für Neurologie: Leitlinie Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls (2012)</li> <li>2. Ministerium für Soziales und Integration: Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg (2017)</li> <li>3. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2016) 19</li> <li>4. Sun, Y. et al. 2013, Cochrane Review (2013)</li> <li>5. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.): S2k-Leitlinie: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls – Rekanalisierende Therapie (Ergänzung 2015)</li> </ol>
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Übergeordnetes Qualitätsziel</b>	Optimale Weiterversorgung der Patienten des Rettungsdienstes
<b>Berechnung</b>	<p><b>Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primäreinsätze</li> <li>• Patienten mit TIA, Apoplex, SAB oder ICB</li> <li>• Ausschluss von Patienten, die vor Erreichen des Transportziels versterben</li> <li>• Ausschluss von Patienten, die indizierte Therapie ablehnen</li> <li>• Ausschluss von Patienten, bei denen durch den Notarzt bewusst auf eine Therapie verzichtet wird</li> </ul> <p><b>Zähler/Formel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transportziel Krankenhaus mit zertifizierter Schlaganfallereinheit</li> </ul>
<b>Datenquellen</b>	Notarzt Daten

<b>Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung</b>	<p><b>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur Primäreinsätze werden berücksichtigt</li> <li>• Patient lehnt indizierte Therapie ab</li> <li>• Tod an der Einsatzstelle/während des Transports</li> <li>• Bewusster Therapieverzicht durch den Notarzt</li> <li>• Übergabe an anderes Rettungsmittel</li> </ul> <p><b>Weitere Einflussfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Einzelfällen ist bei akuter vitaler Bedrohung und langen Transportzeiten in die geeignete Klinik u. U. der Transport in die nächstgelegene Klinik sinnvoll.</li> <li>• Aktualität der zu Grunde gelegten Krankenhausdatenbank (geeignetes Transportziel).</li> </ul> <p><b>Risikoadjustierung</b> Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
<b>Referenzbereich</b>	Indikator noch nicht zur Bewertung im gestuften Dialog vorgesehen
<b>Auswertung</b>	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung aller Notarztstandorte.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswertung.</p>
<b>Bemerkungen/Sonstiges</b>	<p><b>Methodische Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Unterscheidung von ischämischen und hämorrhagischen Insulten ist präklinisch kaum möglich, daher werden beide Formen eingeschlossen.</li> <li>• Patientenübergabe an ein anderes Rettungsmittel wird als Transport in geeignete Zielklinik gewertet.</li> <li>• Im Moment wird dieser Indikator nur auf Basis von Notarzttdaten berechnet. Zukünftig ist auch die Einbeziehung von Einsätzen ohne Beteiligung eines Notarztes geplant.</li> <li>• Verantwortlichkeit kann differenziert werden: NA (begrenzt beeinflussbar), Rettungsdienstbereich (begrenzt beeinflussbar), Krankenhausstruktur.</li> <li>• Patientenübergabe an ein anderes Rettungsmittel wird als Transport in geeignete Zielklinik gewertet. Dies kann zu Doppelzählungen der Einsätze auf Bereichs- und Landesebenen führen.</li> </ul> <p><b>Potenzielle Fehlanreize</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unverhältnismäßig lange Transportzeiten</li> </ul> <p><b>Maßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikatoren „Prähospitalzeit“ und „Prähospitalzeit ≤ 60 min: akutes zentral-neurologisches Defizit“</li> <li>• Ergänzende Betrachtung der Transportzeit</li> </ul>