

Indikatorenendatenblatt

Indikator	Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfallereinheit
Nummer	6-1-4
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis • Ergänzende Berechnung/Information: <ul style="list-style-type: none"> ○ Eignung Zielklinik ○ Initialer GCS
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten mit akutem zentral-neurologischen Defizit sollen primär in ein Krankenhaus mit einer Schlaganfallereinheit transportiert werden.
Rationale	<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 die Patientin/der Patient direkt in einen Regionalen Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) bzw. in ein Schlaganfallzentrum (Überregionale Stroke Unit) einzuweisen.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.: S3-Leitlinie Schlaganfall (2020) 2. Deutsche Gesellschaft für Neurologie et al.: S2e-Leitlinie Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls (2021) 3. Deutsche Gesellschaft für Neurologie et al.: S2k-Leitlinie Behandlung von spontanen intrazerebralen Blutungen (2021) 4. Ministerium für Soziales und Integration: Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg (2017) 5. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2016) 19 6. Sun Y, Paulus D, Eyssen M, Maervoet J, Saka O. A systematic review and meta-analysis of acute stroke unit care: what's beyond the statistical significance? BMC medical research methodology. 2013;13:132
Übergeordnetes Qualitätsziel	Optimale Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten des Rettungsdienstes
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primäreinsätze • Rettungsdienstlich versorgte und transportierte Patientinnen und Patienten mit Diagnose TIA, Apoplex, SAB oder ICB • Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> ○ Übergabe an anderes Rettungsmittel bei mehreren notarztbesetzten Rettungsmitteln ○ Patientinnen und Patienten, die indizierte Therapie ablehnen ○ Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht durch Ärztin/Arzt ○ Patientinnen und Patienten, die vor Erreichen des Transportziels versterben <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transportziel Krankenhaus mit zertifizierter Schlaganfallereinheit

Datenquellen	Notarzt-daten, Rettungsdienst-daten, Leitstellendaten (ergänzend; s. methodische Hinweise)
Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekundäreinsätze • Übergabe an anderes Rettungsmittel bei mehreren notarztbesetzten Rettungsmitteln • Ablehnung der Behandlung durch Patientin/Patient • Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht durch Ärztin/Arzt • Tod an der Einsatzstelle/während des Transports <p>Weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Einzelfällen ist bei akuter vitaler Bedrohung und langen Transportzeiten in die geeignete Klinik u. U. der Transport in die nächstgelegene Klinik sinnvoll. • Aktualität der zu Grunde gelegten Krankenhausdatenbank (geeignetes Transportziel). <p>Risikoadjustierung Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Referenzbereich	≥ Landeswert
Auswertung	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarzt- und Rettungsdienststandorte.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche, Notarzt- und Rettungsdienststandorte sowie Rettungsdienstorganisationen erhalten eine Auswertung.</p>
Bemerkungen/Sonstiges	<p>Methodische Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Berechnung dieses Indikators erfolgt für Einsätze mit und ohne notärztliche Beteiligung. • Die Verwendung der Leitstellendaten beschränkt sich auf Ergänzung nicht dokumentierter Notarzt- bzw. Rettungsdienst-datenfelder. • Ab dem Datenjahr 2022 werden für den notärztlichen Indikator auch Notarzteinsätze mit Transport ohne Notarzt/Notärztin berücksichtigt. Zur Ergänzung der Notarzt-daten werden ggf. Rettungsdienst- oder Leitstellendaten mitberücksichtigt. • Die Unterscheidung von ischämischen und hämorrhagischen Insulten ist präklinisch kaum möglich, daher werden beide Formen eingeschlossen. • Verantwortlichkeit kann differenziert werden: NA/RD (begrenzt beeinflussbar), Rettungsdienstbereich (begrenzt beeinflussbar), Krankenhausstruktur. <p>Potenzielle Fehlanreize</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unverhältnismäßig lange Transportzeiten <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikatoren „Prähospitalzeit“ und „Prähospitalzeit ≤ 60 min: akutes zentral-neurologisches Defizit“ • Ergänzende Betrachtung der Transportzeit